

**"PSIQUIATRIA Y JURISPRUDENCIA PENAL ESPAÑOLA:
AÑOS 1977-1978 VERSUS 1987-1988"**

M.Julia Cano Valero



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE)

ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A: que el trabajo "Psiquiatría y Jurisprudencia
Penal Española: años 1977-78 versus 1987-88",
presentado por D^a M^a Julia CANO VALERO, bajo
mi dirección, reúne las condiciones necesarias
para ser presentado y defendido públicamente -
como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid, veintiséis de Noviembre
de mil novecientos noventa y uno.



Prof. A. Calcedo Ordoñez

A mis hermanos

AGRADECIMIENTO :

* A mi Director y maestro D. Alfredo Calcedo Ordoñez, quién me ha dado el estímulo, los conocimientos, las directrices y la confianza en mí, necesarias para la realización de éste trabajo.

* Al Prof. Terradillos Basoco sin cuya orientación en Derecho Penal hubiera sido imposible culminar este estudio.

* A Fernando Fernández Palacín por su colaboración imprescindible en el estudio estadístico.

* A los letrados: Miguel Cano Trigo, Miguel Cano Garófano y Javier Cano Garófano, que me facilitaron el material documental básico de esta investigación.

* A mis compañeros y amigos que respetaron y alentaron mi esfuerzo.

* Y a mis padres, que me transmitieron intuición y sentido crítico, y de los que aprendí el orden, la disciplina y el amor al trabajo.

I N D I C E

1. INTRODUCCION	9
1.1. La Imputabilidad. La Intencionalidad. La Responsabilidad	13
1.2. Medidas de Seguridad	17
1.2.a. Diferencia entre Pena y Medida	17
1.2.b. Marco Legal para su Aplicación	18
1.2.c. Características y Delimitación	20
1.2.d. Sujetos a los que se aplican.	21
1.3. Predicción de la Conducta	23
2. ENCUADRE HISTORICO	29
2.1. Origen y Fundamentos Históricos de las Prácticas Judiciales.	30
2.2. El Derecho Romano y el Derecho Germánico.	32
2.3. Evolución en la Edad Media : la Prueba, la Indagación.	34
2.4. El Renacimiento, Desarrollo de las Ciencias y del Pensamiento Humanista	35
2.5. Establecimiento de las Ciencias y Revolución del Pensamiento durante los Siglos XVII y XVIII.	37
2.6. La Psiquiatría en las Prácticas Jurídicas: Siglos XIX y XX	39
2.7. La Enfermedad Mental en el Código Penal Español.	42

.../...

3. LA SENTENCIA	46
4. CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	52
4.1. Trastornos Neuróticos.	56
4.2. Trastornos Psicóticos.	58
4.3. Trastornos Afectivos	62
4.4. Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas.	66
4.5. Oligofrenias y Demencias.	73
4.6. Trastornos de Personalidad	76
4.7. Epilepsias	81
4.8. Desviaciones Sexuales.	85
5. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO.	88
5.1. Consideraciones Estadísticas	93
5.2. La Aportación del Psiquiatra al Proceso Judicial Penal	98
5.3. Perspectiva Histórica.	106
6. MATERIAL Y METODO.	110

.../...

7. RESULTADOS	126
7.1. Incidencia de Patología Psiquiátrica en Sentencias de lo Penal del T. Supremo. Casuística. Datos de Identificación	127
7.2. Datos Criminológicos	133
7.3. Datos Psiquiátricos.	135
7.4. Datos Psiquiátricos-Legales.	138
7.4.a. Referencias Periciales Encontradas en los años 1.977 y 1.978.	139
7.4.b. Referencias Periciales Encontradas en los años 1.987 y 1.988	145
7.5. Datos Legales y Jurisprudenciales.	168
7.6. Otros Datos	170
7.7. Estudio Estadístico.	171
Comparación entre Períodos. Tablas I.	172
Gráficas	194
Comparación entre Variables. Tablas II	205
 8. DISCUSION	 265
 9. CONCLUSIONES.	 297
 10. BIBLIOGRAFIA	 302

APENDICE I : Artículos 8 y 9 del Código Penal. . . . 339

APENDICE II: Referencias Nosológicas y Clínicas según
Diagnósticos 348

APENDICE III: Referencias sobre Imputabilidad según
Diagnósticos. 371

APENDICE IV : Listado de Sentencias anteriores 417

1. I N T R O D U C C I O N

1. INTRODUCCION.-

Dentro de las Ciencias Médicas, la Psiquiatría, "por su objeto (el hombre enfermo-psíquico), por su metodología, por su criterio de verdad, por la conexión entre sus saberes y por sus fines, representa una ciencia empírica mixta, integrada por elementos adscritos a las series de las ciencias naturales y las ciencias histórico-culturales" (ALONSO-FERNANDEZ). Sus fines médicos, se concretan en la prevención y curación de las enfermedades mentales.

Dentro de la organización de la Justicia y el Derecho, y considerando la pena como "la primera y principal consecuencia jurídica del delito" (MAPELLI, TERRADILLOS, 1.989). El Derecho Penal se ocupa de imponer "un mal" (MAURACH). La merma de sus derechos supone la compensación o retribución a la usurpación de los derechos ajenos.

Cuando en los hechos delictivos aparecen datos que sugieren la existencia de un trastorno psíquico en el delincuente, la actuación penal de la justicia en el cumplimiento de sus objetivos, demanda de los profesionales de

.../...

la Psiquiatría la información o asesoramiento en tres cuestiones fundamentales:

1. **LA IMPUTABILIDAD:** Es decir, las condiciones psicológicas que debe reunir un sujeto para que pueda ser declarado culpable de un hecho concreto sancionado por la Ley. Su capacidad de comprender y querer (en el sentido criminológico clásico de FERRI, 1.928). La imputabilidad es una cuestión clave en el Derecho, que unida a la INTENCIONALIDAD configuran el fundamento psicológico de todo el quehacer judicial.

2. **LAS MEDIDAS** que han de tomarse con el delincuente mentalmente enfermo, qué decisiones son las adecuadas para, en el ejercicio del Derecho, tener en cuenta su especial condición patológica.

3. **LA PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA:** En este aspecto la demanda se concreta en la información de hasta que punto ese enfermo puede ser peligroso para el orden social, o si la conducta violenta puede volver a emitirse. El psiquiatra puede ser requerido para informar sobre la hipotética, probable o nó, peligrosidad.

.../...

En otros aspectos de la actuación de la Justicia (Derecho Laboral o Derecho Civil), la demanda se concretará en la CAPACIDAD o INCAPACIDAD para el desarrollo de una actividad laboral o el ejercicio de unos derechos civiles.

En la práctica, dos sistemas de reglas de juego, dos tipos de lenguaje diferentes entran en relación, a veces en colisión, por lo que supone de choque de objetivos distintos, de paradigmas distintos.

Al psiquiatra, cuyos objetivos son fundamentalmente terapéuticos, le preocupan algunas cuestiones claves cuando está ante la maquinaria legal (ocupada ésta a su vez en sus fines propios). El tema de la CONFIDENCIALIDAD por ejemplo; ante el Tribunal, el psiquiatra se convierte en un médico que ha de abandonar sus hábitos éticos de secreto profesional para exponer lo que le ha sido confiado por su paciente. La RELACION MEDICO-ENFERMO queda desvirtuada, condicionados ambos por la existencia de un proceso judicial (y a veces también por la existencia misma del hecho delictivo previo). Las decisiones que ha de tomar la justicia no tienen porqué ser terapéuticas. Las conclusiones del psiquiatra han de ser precisas y el

.../...

lenguaje adaptable a los conceptos que recoge el Código Penal. El simple hecho de encajar los datos clínicos en los criterios legales, no resulta generalmente una tarea fácil, de acuerdo con KOLLE "el diagnóstico médico apenas dice nada sobre la cuestión de la imputabilidad".

1.1. LA IMPUTABILIDAD. LA INTENCIONALIDAD. LA RESPONSABILIDAD

Imputabilidad, intencionalidad y responsabilidad son conceptos jurídicamente establecidos. "El concepto de imputabilidad pone al Derecho Penal ante la persona en su circunstancia concreta, con su personalidad individualizada, tal como es en realidad" (MUÑOZ CONDE). Desde el punto de vista jurídico es un concepto de base psicológica que define al sujeto plenamente responsable de sus actos penales. El sujeto que, libre para elegir, y en plenas facultades intelectivas incurre en una acción tipificada como delito por el Código Penal, será responsable de ella, correspondiéndole la pena que dicho Código tenga establecida. Corrientes actuales prefieren denominarla capacidad de culpabilidad y queda definida conjuntamente con la intencionalidad.

.../...

La intencionalidad, jurídicamente hablando, se concreta de modo indirecto. A este respecto nada más expresivo que una sentencia de nuestra jurisprudencia: la intencionalidad "como todo lo psíquico, permanece en lo más recondito del intelecto humano, infranqueable e insondable arcano hasta ahora", por ello: "forzosamente se ha de acudir a los actos exteriorizativos para indagar sobre ella" (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de Noviembre de 1.977). La detección de dicha intencionalidad siempre se establece a partir de los hechos, tal y como quedan definidos en el proceso penal -el factum-. "Los actos exteriorizativos realizados por el sujeto revelan el propósito que le guió al realizar su quehacer" (Sentencia de 28 de Junio de 1.977, entre otras).

La mayoría de los Códigos Penales han definido la imputabilidad en función de la capacidad para gobernar la voluntad de acuerdo con la comprensión de lo ilícito. En el Tratado de Weictbrecht (1.970), J.J. López Ibor, hablaba del "conocimiento de los motivos de la acción y decisión entre ellos". En este sentido Kurt Schneider definía la voluntad como "la posibilidad de decidir entre dos o más tendencias distintas", el acto se realiza " con la energía procedente de las tendencias y sobre

.../...

la base de sentimientos, valoraciones, convicciones de la personalidad" (Patopsicología Clínica, 4ª Ed. pag. 220).

Parece, por tanto, más acertado, valorarla como capacidad de culpabilidad definida por la "voluntariedad consciente" (Sentencia del T.S. de 29 de Marzo de 1.944). Faltando ésta el sujeto, en sentido estricto, no delinque. Mir Puig, traduce la imputabilidad como "el poder actuar de otro modo" (En "La Imputabilidad en Derecho Penal", Barcelona 1.990).

LA RESPONSABILIDAD se va a fundamentar en la imputabilidad, definiéndose como la capacidad del sujeto de responder de sus actos ante una autoridad superior. Es valorada y medida por el juez y definida como culpabilidad por el Derecho y nó por la Psiquiatría (WEICTBRECHT, 1.970). Opiniones radicales como la de Thomas Szazs expresan dudas sobre la existencia misma del concepto dado que no es "ni un objeto, ni un fenómeno natural" (p. 159 de "La Loi, la Liberté et la Psychiatrie. París, 1.977).

El problema de la determinación de la responsabilidad criminal es, por tanto, complejo y está continuamente puesto en cuestión

.../...

por teóricos e investigadores (FERRACUTI y WOLFGANG 1.983; BURSTEIN 1.984; PINIZZOTTO 1.984). En la valoración de la responsabilidad de los casos de enfermedad mental, el juez tiene la "inexcusable necesidad de conocer la opinión del perito" pero la resolución última le compete a él, quien ha de examinar la "fuerza de convicción del informe", (Tratado de LANGE LÜDDEKE 1.972).

El Código Penal Español no define la imputabilidad, por lo que su concepto legislativo resulta necesario extraerlo "a contrario sensu" de las causas de exclusión recogidas en el Artículo nº 8 (CARBONELL MATEU en "Enfermedad Mental y Delito. Aspectos Psiquiátricos, Penales y Procesales" 1.989). Dicho Artículo (Apéndice 1) recoge una serie de causas de exclusión de la imputabilidad: la ENAJENACION MENTAL, el TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO, la minoría de edad penal y la alteración en la percepción; ésta última incluida tras la Reforma del Código Penal de Julio de 1.983. En estas situaciones el sujeto no goza de plenas capacidades cognoscitivas y volitivas. Si la anulación no es plena, la imputabilidad no queda completamente anulada por que recibe la consideración legal de CIRCUNSTANCIA ATENUANTE o EXIMENTE INCOMPLETA,

.../...

quedando tipificadas estas situaciones en el Artículo 9 (Apéndice I).

Según esto, se distinguen tres grados jurisprudenciales de apreciación de la responsabilidad-imputabilidad: IMPUTABLE (responsable); SEMI-IMPUTABLE (responsabilidad atenuada) e INIMPUTABLE (irresponsable).

1.2. MEDIDAS DE SEGURIDAD

1.2.a. DIFERENCIA ENTRE PENA Y MEDIDA:

En nuestro sistema penal se aplican las penas definidas en el Código Penal a los sujetos imputables y las medidas (recogidas en el Artículo 8 de dicho Código Penal) a los semi-imputables e inimputables. Se pueden aplicar así medidas de internamientos al enfermo mental y medidas de tutela al menor de edad. (Apéndice I).

Se distingue pues, entre pena y medida de seguridad en base a criterios retributivos o preventivos respectivamente, con claros objetivos diferentes. Mientras la pena pretende infringir

.../...

un sufrimiento al culpable, la medida de seguridad tiene como meta tratar, resocializar o enmendar al sujeto (BARREIRO J., 1.976). Los orígenes de esta conceptualización se encuentran (siguiendo al mismo autor) en el llamado sistema dualista de sanciones, que básicamente aplica medidas de seguridad a los delincuentes enfermos y penas privativas de libertad a los mentalmente sanos. Para Lamo de Espinosa la pseudosíntesis entre pena y medida de seguridad es "reflejo del conflicto latente entre Derecho Penal y Sociología" (en "Delitos sin víctima. Orden Social y ambivalencia moral" 1.989).

12.b. MARCO LEGAL PARA SU APLICACION :

La Constitución Española en su Artículo 25.2 enuncia taxativamente que "LAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTARAN ORIENTADAS HACIA LA REEDUCACION Y LA REINSERCIÓN SOCIAL".

Sin embargo, hasta la Reforma del Código Penal, Ley Orgánica de 25 de Junio de 1.983, los Tribunales imponían el internamiento como única medida "en Centros destinados a los enfermos de aquella clase" y de los cuales "no podrá salir sin la

.../...

autorización del mismo Tribunal". Siendo el tiempo de internamiento equivalente al de la pena que habría de corresponder al delito: "el internamiento no puede exceder de la pena impuesta y se conmutará por el cumplimiento de ésta", Art. 452 bis del Código Penal. En la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal de 25 de Junio de 1.983, se dice que se aborda el tema atendiendo a las censuras que mereció la anterior configuración del nº 1 del Art. 8º que "no permitía distinguir entre las múltiples variantes de situaciones de anormalidad sino que conducía a una única situación de internamiento, hasta que el Tribunal sentenciador lo considerase oportuno". Actualmente "la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta fuera privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de ésta última", Art. 9º-1º del Código Penal (Apéndice I). Pudiéndose aplicar además, desde dicha reforma de Junio de 1.983, otras medidas como las relativas a la sumisión a tratamiento ambulatorio, privación del permiso de conducir o de la licencia de armas y presentación periódica ante el tribunal u organismo de tutela (Apéndice I).

Estas otras medidas son aplicables a sujetos que requieran

.../...

o nó tratamiento, suponen una privación de derechos y puede verse en ellas claramente la sugerencia a la prevención de un delito posterior.

12.6. CARACTERÍSTICAS Y DELIMITACION:

En cuanto a la duración y límites del internamiento, tratamiento ambulatorio y presentación ante organismo de tutela, el Art. 8º del Código Penal no dá reglas ni indicaciones. Muchos autores (HAFFKE; MUÑOZ CONDE; QUINTERO OLIVARES) han criticado este aspecto por suponer que estan encubriendo su caracter sancionatorio bajo una finalidad terapéutica. Esto es posible dado que el fundamento de la medida es la peligrosidad, puesta de manifiesto por la comisión de un delito anterior (no se aplican medidas a alguien que no haya delinquido previamente). Si es la peligrosidad su fundamento, la medida ha de tender a neutralizarla, teniendo en cuenta las características propias de cada sujeto, "cuando es un enfermo, la forma más idonea de combatirla es combatiendo su origen, curando, en la escasa medida en que sea posible hacerlo dentro del marco de una ejecución coactiva" (TERRADILLOS), por lo que su duración estaría condicionada por la evolución del proceso morboso.

.../...

En opinión del mismo autor, sin embargo, su cometido no puede ser nunca el asegurar la salud, puesto que ésto compete a otras instancias.

En las conclusiones a las II Jornadas Andaluzas sobre Justicia y Salud Mental (Bubión, Enero 1.990), se recoge literalmente: "la medida de seguridad de internamiento, decretada en sentencia absolutoria por apreciarse la eximente de enajenación, si bien no está sometida a un límite temporal si lo está a la desaparición de las causas que la motivaron (peligrosidad criminal), por tanto deberá cesar cuando así conste" (Junta de Andalucía. Instituto Andaluz de Salud Mental).

Todo lo que se refiere a su duración y seguimiento es, por tanto, el aspecto de las medidas sometido a mayores controversias, según algunos autores como Mena Alvarez (1.983) al no considerarlas la ley sanciones "parece despreocuparse de las garantías y el éxito de sus objetivos". El mismo autor critica el control médico de una realidad -delincuente enfermo- teóricamente sometida a conocimientos y resolución judicial.

1.2.d. SUJETOS A LOS QUE SE APLICAN:

.../...

La Jurisprudencia matiza que las medidas tan sólo pueden adoptarse cuando se aprecia la eximente completa o incompleta pero, en modo alguno cuando lo que se aprecia sea una atenuante analógica (Sentencia de Tribunal Supremo de 5 de Julio de 1.987 R.A.: 6.487).

La eximente completa nº 1 del Art. 8 y la incompleta -igual número del Artículo siguiente- son "los supuestos indispensables y la plataforma inexcusable en los que la ley concede la facultad de adoptar medidas sustitutorias a las que se refiere con acierto el Código Penal a partir de la reforma de 1.983" (Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de Febrero de 1.988 R.A. 1.092).

En los SEMI-IMPOTABLES se plantea el problema de que la responsabilidad subsiste en mayor o menor grado, lo que significa que no puede renunciarse a la imposición de la pena, pero tampoco olvidar que debe darsele un tratamiento curativo adecuado a su personalidad peculiar, lo que necesariamente conduce a la aplicación del llamado principio vicariante (FREY cit. por MUÑOZ REY). A los semimputables se le puede imponer junto a la pena atenuada una o varias de las medidas

.../...

de seguridad previstas en los nº 1 y 3 del Art. 8 con ciertas limitaciones (CARBONELL MATEU; GOMEZ COLOMER; MENGUAL i LULL; 1.987).

En cuanto a su imposición, ésta depende del Tribunal sentenciador con la información que se refiere al momento de comisión de los hechos que no es cuando se le juzga. El tener en cuenta la situación del sujeto en el momento en que se juzga y se dicta sentencia, la idoneidad de un tratamiento ambulatorio o bajo internamiento, etc., serán cuestiones evidentemente de gran importancia puestas en manos de forenses y peritos.

1.3. PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA. PELIGROSIDAD

Mientras que la imputabilidad descansa sobre presupuestos individuales (capacidad de autodeterminación) el concepto de peligrosidad enfoca el tema desde una orientación social: capacidad para atentar contra el orden social. En el momento histórico-cultural en el que se desenvuelven actualmente las ciencias implicadas en el tema (Psiquiatría y Ciencias de la Conducta; Psiquiatría Clínica y Legal; Derecho Penal; Sociología y Criminología) sería más correcto hablar de CONDUCTA

.../...

ANTISOCIAL más que de peligrosidad.

El tema de la peligrosidad individual se introduce por la Escuela Italiana de Antropología Criminal y por la teoría de la Defensa Social (PRINZ, 1.905). Ha sido ampliamente debatido por multitud de autores. Para Foucault es el tema en el que auténticamente convergen la Psiquiatría y la Justicia. Barbero Santos (1.980) lo califica como "uno de los caballos de batalla en la controversia entre las escuelas penales y conocimientos criminológicos". Autores franceses como Landry (1.976) y Robert (1.984) coinciden en considerar la peligrosidad como un concepto "flou", sin contenido jurídico ni médico y además estigmatizante.

Para Eysenk (1.977, 1.984) la conducta antisocial está determinada por factores genéticos y fisiológicos y factores situacionales, no es susceptible de reducirse a una etiología única (JIMENEZ BURILLO, AVILA ESPADA, 1.986). Actualmente, en apariencia superadas las tesis lombrosianas de la existencia de una personalidad criminal específicamente distinta a la no-criminal (CÓRDOBA RODA, 1.970), el estudio del "estado peligroso" (siguiendo el mismo autor) estaría dirigido a investigar

.../...

condiciones constitucionales o endocrinológicas, evolución de la personalidad, biografía, relaciones sociales y manifestaciones clínicas objetivables mediante tests.

La Psiquiatría se vé comprometida en el tema de la hipotética peligrosidad del enfermo mental. La afirmación de Castilla del Pino de que la peligrosidad del enfermo mental es "un mito social" no puede ser confrontada con estudios científicos que investiguen la casuística de actos criminales y sus autores. La peligrosidad del enfermo mental ha sido tan debatida hasta el punto de que hay autores que no encuentran correlación entre delincuencia y enfermedad mental (WYRSCH, 1.955; MC GEE, 1.960; SCHUCKIT y Cols. 1.977) mientras que otros sí encuentran relación (LEWIS, 1.981; ZITRIN y cols. en 1.976; HESTON en 1.977, TARDIFF, 1.984).

A pesar de todo ello, existe la necesidad, tanto teórica como práctica, de predecir conductas ilegales y potencialidad criminógena. La prognosis empírica individual es de especial importancia para las tareas forenses en la determinación de penas de privación de libertad, en los temas de libertad condicional y, para conmutar la pena de muerte en los países

.../...

donde aún está vigente. El experto tendría la misión de "evaluar las potencialidades peligrosas de un sujeto" e informar al Magistrado sobre "las posibilidades de recidiva" (R. POUGET, 1.988). Al psiquiatra se le solicita el enunciado de un pronóstico sobre un concepto legal y no psiquiátrico, concepto de peligrosidad "usado para justificar la intervención prospectiva" (TANAY, E. 1.979). Llegando a ser tema central en la pericia psiquiátrica (FOUCAULT, 1.978).

Muchos autores han señalado que ésta estimación de la peligrosidad dista mucho de ser objetiva y por lo tanto de tener un mínimo de certeza (MONTANDON 1.979; BLACKBURN 1.984). Algunos estudios concretos incluso parecen demostrar el amplio margen de error en las predicciones (DIX, G.E. 1.977; SMITH, E. 1.981; MONAHAN 1.981). Dichos trabajos, se han realizado en Estados Unidos para la prognosis de la conducta violenta en los condenados a muerte (CURRAN, W.J. 1.984). Las predicciones siempre serían un cúmulo de hipótesis que parecen demostrarse como más exactas en función del tiempo en el que se pretenda emitir el juicio de probabilidad: la certidumbre estará en función de una directa relación con el momento en que se explora; todo lo demás, es como pretender que la pericia sea

.../...

"un arte adivinatorio" (PECES MORATE, 1.990). Es en la predicción de las conductas sexuales cuando parece haberse demostrado mayor exactitud (DIKENS 1.983; LAWS 1.984). Los tests, las escalas (como el "índice objetivo de criminalidad" de SAUMENENECH cit. por GISBERT CALABUIG en "Tratado de Medicina Legal") y protocolos, no garantizan una eficacia predictiva, ni la evaluación de la historia previa del sujeto es determinante (AVILA ESPADA en compilación de JIMENEZ BURILLO, 1.986).

Kaiser en su "Tratado de Criminología" diferencia entre la prognosis clínica, estadística y estructural. De ellas sólo la estructural, medida por posibilidades y exigencias prácticas, podría ofrecer más garantías, de acuerdo con las tendencias más actuales en Criminología. Cita trabajos más optimistas como el de Glueck que pretendía poder reconocer a los delincuentes potenciales a la edad de dos o tres años.

En el campo del Derecho otros autores alertan contra lo que puede ser un atentado contra el principio de igualdad ante la Ley: "La presunción de peligrosidad, determinada por la especial condición psíquica de ciertos sujetos, choca con el principio de igualdad jurídica" (TERRADILLOS, 1.985).

.../...

Tema de especial trascendencia frente a leyes de peligrosidad sin delito (Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1.970).

En conclusión habría que preguntarse con Willian Curran (1.984) si la habilidad para predecir conductas violentas o antisociales está al alcance de la habilidad clínica efectiva de los psiquiatras, o sí como sugiere A. Calcedo, se está comprometiendo a la Psiquiatría "en áreas dudosamente médicas", contribuyendo a las funciones esenciales de la Justicia de vigilar y castigar (referencias de ROBERT, N. a los trabajos de CASTEL y FOUCAULT).

.../...

2. ENCUADRE HISTORICO

2. ENCUADRE HISTORICO.-

2.1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS HISTORICOS DE LAS PRACTICAS JUDICIALES.-

El origen de las prácticas judiciales hay que buscarlo en el mismo principio de lo social, emergiendo como inherentes a la organización del hombre junto a los otros. De otra parte, hay que considerar con ZILBOORG, que la medicina tiene su origen "en las mismas fuentes que la ley".

La manera como entre los hombres se arbitran los daños y las responsabilidades, la forma en que se concibe como unos errores tienen que ser juzgados, como se impone a determinados individuos la reparación de algunas de sus acciones y el castigo a otras..., todas esas reglas y prácticas regulares que se modifican sin cesar a lo largo de la historia, creemos, siguiendo a FOUCAULT, que "SON ALGUNAS DE LAS FORMAS EMPLEADAS POR LA SOCIEDAD PARA DEFINIR TIPOS DE SUBJETIVIDAD; FORMA DE SABER Y EN CONSECUENCIA, RELACIONES ENTRE EL HOMBRE Y LA VERDAD QUE MERECE SER ESTUDIADAS" (en "La Verdad y las Formas Jurídicas").

.../...

Tanto la Ley como la Medicina, se encontraban primitivamente, en manos de los sacerdotes y a ambas se les adjudicaba un origen divino.

Parece aceptado por historiadores y sociólogos que, durante un largo periodo de la historia, la Justicia camina junto a la Teología. La divinidad dicta un ordenamiento que graba en la conciencia de los hombres. Es una ley "natural" reconocida por filósofos (Platon, Aristóteles) y recogida en los primeros códigos (el de Hamurabi, el más antiguo que se conoce, más de 2.000 años a.d.c.). Siguiéndose procedimientos en los que no hay juez, ni sentencia, ni verdad. Ni tampoco indagación ni testimonios que permitan establecer una conclusión objetiva.

En la Iliada describe Homero una situación de litigio entre Antiloco y Menelao a propósito de una carrera de carros; ante la acusación de Menelao de irregularidad del contrincante durante la carrera, se impone una prueba, Antiloco debe jurar ante Zeus que hizo bien las cosas, al renunciar a este juramento admite su falta. No se apeló al testigo que, junto a la baliza, vigilaba el desarrollo de la contienda, se apela al juramento ante la divinidad, y ello es suficiente.

.../...

Son las teorías aristotélicas de pensamiento las que proponen que el conocimiento emerja del recuerdo, del testimonio, de la investigación. Es el desarrollo del pensamiento filosófico junto a la consolidación de las estructuras sociales lo que hará surgir el ordenamiento Jurídico en Códigos. Estableciéndose así las normas que intentaran regular el orden social, definiendo sus trasgresiones y las consecuencias de éstas.

2.2. EL DERECHO ROMANO Y EL DERECHO GERMANICO.-

El principal de estos códigos, y el de mayor influencia en nuestra cultura es sin duda el DERECHO ROMANO. Derecho funcional y de contrato que sin embargo admite esa ley universal implícita en la esencia del ser humano y consustancial a la naturaleza que es el Derecho Natural. Ley Natural que posteriormente consagra el pensamiento judeo-cristiano. Junto a esa ley natural se organiza un ordenamiento humano, que los pueblos establecen para sí, distintos unos de los otros. Llevado de una filosofía estoica, el Derecho Romano se extiende por toda Europa con la romanización en los primeros tres siglos de nuestra Era. A partir del s. IV se cristianiza, manifestándose el influjo del cristianismo, sobre todo en la aplicación práctica (GARCIA-GALLO, A. en "El Origen y la Evolución del

.../...

Derecho" de su Manual de Historia del Derecho Español T.I.).

El Derecho Romano recoge la enfermedad mental, diferenciando el "MENTECAPTUS" como sujeto lunático, privado de razón. El "FURIOSUS" como sujeto violento, agresivo, antisocial, y el "DEMENS" persona privada de inteligencia, perdido el entendimiento, el tonto.

Fuera de las fronteras del Imperio Romano, el DERECHO GERMANICO, analizado por TACITO, se estructura como ausente de acción pública (en el sentido organizativo-normativo del código romano). La víctima del daño designa a su agresor y con esos dos personajes tiene lugar el proceso. Cada uno de ellos con su grupo o familia, establecían la liquidación de las ofensas mediante la guerra o la venganza. Litigio ritualizado por las costumbres que permite acabar con el asesino, pero de tal o cual manera en función de cómo haya sido el crimen. Y siempre existiendo la posibilidad de un pacto o acuerdo que ponga fin a las venganzas. Ese consentimiento por ambas partes se hace más preciso cuando el autor de la ofensa está privado de razón y su familia o grupo debe cargar con la responsabilidad de lo acontecido,

.../...

así como evitar nuevos daños.

2.3. EVOLUCION EN LA EDAD MEDIA: La prueba. La Indagación.-

Entre los siglos V a X ambos Códigos, Romano y Germánico, entran en colisión por la evolución de los acontecimientos históricos. Se impone el Código Romano durante el Sacro Imperio y es superado por el Germánico los siglos X, XI y XII. Momento del Derecho feudal, que en su esencia es fundamentalmente germánico (FOUCAULT).

La reglamentación feudal va a basarse en el sistema de la prueba. Pruebas sociales que ponen de manifiesto la importancia social del sujeto y del grupo al que pertenece (personas influyentes que respaldaran, individuos dispuestos a jurar por su inocencia...). Pruebas verbales: fórmulas con las que había que responder pronunciándolas correctamente. Pruebas físicas ó corporales como las ordalías y juicios de Dios.

Pruebas todas ellas que no determinaban talmente quién decía la verdad, sino quién era el más fuerte, el más influyente socialmente y por lo tanto tenía la razón. En el análisis propuesto por FOUCAULT, algunas de las formas cruentas de las

.../...

pruebas no eran más que una ritualización de la guerra, formas derivadas de las venganzas germanas.

Este sistema del derecho desaparecerá a finales del s. XII y durante el s. XIII. En esa segunda mitad de la Edad Media se transforman las prácticas jurídicas volviendo a reaparecer fuertemente las técnicas de indagación y sobre todo surgiendo la figura de la sentencia (FOUCAULT).

Aparece definida la imagen del Procurador, ese tercer personaje en el litigio que enuncia quien tiene la razón y cual ha de ser la reparación del daño. Es el representante del señor ó soberano y actúa en función de éste. La justicia deja de ser una cuestión privada ó de grupo y pasa a "estatalizarse".

Por el sistema de la indagación se procurará establecer la verdad, partiendo de testimonios recogidos cuidadosamente. KAISER, cita que en el 1.220 el Sachsenspiegel de Sajonia declaraba que no debía pronunciarse sentencia condenatoria "sobre el verdadero loco y el hombre sin sentido".

2.4. EL RENACIMIENTO, DESARROLLO DE LAS CIENCIAS Y DEL PENSAMIENTO HUMANISTA.-

.../...

La indagación no es sólo una ciencia del derecho, es la técnica que impulsa el saber y el poder en todos los ámbitos científicos, que toman cuerpo doctrinal en esta época de la historia, en la que hace eclosión el Renacimiento.

El sentido ordálico de la prueba desaparece, quedan dice FOUCAULT "sus restos en forma de tortura", pero ya mezclada con la preocupación obtener la verificación por la confesión. Junto a la alquimia en la ciencia, desaparece la "alquimia judicial".

Por entonces, a finales de la Edad Media, médicos y juristas estaban perfectamente de acuerdo, tanto unos como otros ignoraban la psicología humana y estaban absolutamente convencidos de la existencia de brujas y endemoniados (G. ZILBOORG). Con el pensamiento humanista (VIVES), se empiezan a considerar ciertas formas de conducta criminal como debidas a un estado de perturbación mental (PARACELSO, CARDANO). La creatividad del pensamiento renacentista, que definirá los campos y las materias de las ciencias tal y cómo son concebidas hasta la actualidad, se deja sentir en el campo de lo psicológico y lo jurídico. WEYER (1.563), escandaliza al mundo legal al sostener que las brujas y las hechiceras no eran sino

.../...

enfermas mentales.

WEYER es considerado por algunos autores, como el primer psiquiatra (MORA, G. en Tratado de FREEDMANN, KAPLAN y SADOCK), concepción criticada certeramente por ALONSO FERNANDEZ, dado que en España existían a finales del siglo XV cuatro manicomios. Conociéndose de aquella época célebres testimonios de insania como el del diputado Juan de Caspe (Marzo-Junio de 1.412) y exámen e informe del alineado que atentó contra la vida de Fernando el Católico (SERRACANT, E. 1.988).

2.5. ESTABLECIMIENTO DE LAS CIENCIAS Y REVOLUCION DEL PENSAMIENTO DURANTE LOS SIGLOS XVII Y XVIII.-

Los siglos XVII y XVIII traen consigo todo el desarrollo de la economía y de la administración política de los Estados así como el establecimiento de los distintos campos científicos tal y como llegarán a nuestros días.

Lord HALE, cien años después de WEYER, instaure en Inglaterra el concepto de "INSANIA LEGAL" en su famoso libro "Defensa de la Corona", citado por juristas americanos como BLACKSTONE y por historiadores de la Psiquiatría como ZILBOORG (1.954).

.../...

En los últimos años del s. XVI y principios de XVII se crean las primeras sociedades científicas y circulan las primeras revistas profesionales. La visión copernicana del universo, el racionalismo cartesiano se dejan sentir en el progreso científico y el pensamiento de la época. PLATTER (1.602), clasifica las enfermedades mentales y SYNDENHAM (1.624-1.689) inicia el enfoque clínico de la medicina moderna. PAOLO ZACCHIA (1.584-1.659), escribe su obra "Questiones médico-legales" donde con talante liberal y progresista recoge cuestiones de incapacidad y de imputabilidad.

En el campo del Derecho, la fuerza renovadora de la Ilustración culmina en un método lógico, abstracto y deductivo. CESARE BECCARIA (1.738-1.794), escribe su libro de Derecho Penal que se extiende por toda Europa rápidamente y que matiza las circunstancias en que la pena no puede aplicarse por ser el delincuente irresponsable.

La Psiquiatría con VINCENZO CHIARUGI en Florencia (1.759-1.820), WILLIAM TUKE en Inglaterra (1.732-1.819) y PHILIPPE PINEL en Francia (1.745-1.826), se encamina por terrenos de mayor respeto al enfermo mental y de valoración de las medidas terapéuticas ambientales y psicológicas.

.../...

2.6. LA PSIQUIATRIA Y LAS PRACTICAS JURIDICAS:SIGLOS XIX Y XX

La escuela clásica en Derecho Penal tiene su máximo exponente en FRANCISCO CARRARA (1.805-1.888) que hace evolucionar las ideas por un camino más inductivo. Critica las formas penales crueles e inhumanas. En esta época todavía se impone al loco la pena ordinaria, aunque con la posibilidad de que instancias superiores puedan reducirlas.

El positivismo criminológico surge en Italia con LOMBROSSO y sobre todo con FERRI. LOMBROSSO desde una perspectiva médica desarrolla sus teorías del "criminal nato" en sus estudios sobre el delincuente (1.876). FERRI, empirista, define el delito desde la visión más amplia de ser un "producto de la índole del autor en el momento de cometer el hecho y de las condiciones externas que en ese momento le rodean" (1.896).

En Estados Unidos, una de las máximas figuras de la historia de la psiquiatría, ISAAC RAY, escribe en 1.838 su "A Treatise On The Medical Jurisprudence Of Insanity" ("Jurisprudencia Sobre La Insania"). Donde deja bien claro ya, que al tribunal y al jurado no les interesa si el acusado es "clínicamente insano", sino que lo que quieren saber es si es "legalmente

.../...

insano".

A comienzos del s. XIX, rara vez los psiquiatras eran utilizados en los procesos como testigos expertos. Fué durante el transcurso de los años cuando emergen gradualmente, comenzando a jugar un papel en los procedimientos judiciales. Su rol determina los standards de enfermedad, desde los establecidos clásicamente hasta nuevas concepciones como la "locura furiosa" ó la "monomanía homicida". Desde situaciones de evidente locura, que no hacían necesaria la presencia del experto, hasta situaciones de pequeño grado de alteración que habían de ser identificados ante la demanda de los mas refinados jurados (FOUCAULT).

FOUCAULT, relaciona la aparición de la figura del psiquiatra en los procesos con una serie de crímenes ocurridos en Europa desde 1.800 a 1.835 ("About The Concept of The DANGEROUS INDIVIDUAL In 19th Century Legal Psychiatry", 1.978). Crímenes que se caracterizaron por sus métodos perversos y por la "ausencia de motivo, pasión ó venganza". Crímenes que sobrecogieron a la sociedad y que provocaron, por lo absurdo de ellos, la intervención de eminentes psiquiatras de la época. METZIGER, HOFFBAUER; ESQUIROL, GEORGET; ELLIS, WILLIAM y COMBE, ANDREW, tienen que explicar lo inusual del crimen desde la

.../...

ausencia de salud mental. En criminales aparentemente no enajenados, ni dementes, en el sentido tradicional. Actos criminales sin sentido ni ganancia, sujetos afectos de una locura, cuyo aparente único síntoma era la extravagante conducta criminal.

Desde entonces, cuando el crimen es monstruoso, la violencia incomprensible, se recurre a la patología. Nace así a finales del s. XIX la CRIMINOLOGIA, como resultado de esas primeras confrontaciones entre la Ley y las Ciencias Médicas-Psiquiátricas tradicionales. Sumidas ambas en el desconcierto de determinar la responsabilidad.

La moderna Criminología sostiene sin embargo, que no todo comportamiento criminal tiene una base psicopatológica, ni que el delincuente sea "normal". Ni tan siquiera se considera el delito como un asunto individual, un conflicto individual con la norma. Hoy en día se considera como un fenómeno social esencialmente .'. Fenómeno social que hace referencia obligada a "valores". No es un hecho social "neutro" ó "aseptico"; debe afrontarse como PROBLEMA no como "plaga" ni como "accidente" (GARCIA-PABLOS).

.../...

"El centro de gravedad se está desplazando claramente de la pena y de las perspectivas jurisdiccionales, a los controles sociales y al campo previo de la prevención, del delincuente potencial a las relaciones sociales criminógenas" (GARCIA-PABLOS 1.984).

2.7. LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL CODIGO PENAL ESPAÑOL.-

En la Partida VII, Libro III, Título VII, se recoge la situación de que "... si algunt home que fuese loco, o desmemoriado... matase a otro, que non cae por ende en pena ninguna, porque non sabe nin entiende el yerro que face" eximiendo de responsabilidad al autor "en estado de demencia ó delirio, ó privado del uso de su razón...".

El Código Penal vigente es heredero del Código de 1.848, donde en su Artículo 8, 1º se prevee que "... cuando el loco ó demente hubiere ejecutado un hecho que la ley califique de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal. En otro caso será entregado a su familia bajo fianza de custodia; y no prestándola, se observará lo

.../...

dispuesto en el párrafo anterior".

En sucesivas reformas y siguiendo las orientaciones y esquemas del Prof. TERRADILLOS , se incluye la posibilidad de que en delitos menos graves, el internamiento sea en manicomios no judiciales. Así como la atenuación de la pena cuando la imputabilidad esté disminuida. Es en la reforma de 1.932 cuando se introduce el término de "ENAJENADO". Término que se ha considerado que por su imprecisión podría ser afortunado, dado que "satisface por su no riguroso tecnicismo a psiquiatras y juristas" (PEREZ VICTORIA, Anuario de Derecho Penal y Ciencias Sociales, 1.952). Desde entonces, la medida de internamiento es medida única y unánimemente considerada como obligatoria. La Ley de Vagos y Maleantes de 1.933, no hacía referencia al demente, regulándose por Decreto de 3 de Julio de 1.931 y 27 de Mayo de 1.932 el internamiento del enajenado no delincuente.

Esta situación legal se prolonga hasta 1.970, en que la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (de 4 de Agosto 1.970), cuyo Artículo 3, establecía: "Serán aplicados los preceptos de esta Ley a los enfermos y deficiente mentales que por su abandono o por la carencia de tratamiento adecuado,

.../...

signifiquen un riesgo para la comunidad": El internamiento deja de ser medida única y se prevee la sumisión a vigilancia de delegados (art. 5,14). Los conceptos de esta Ley eran coincidentes con los del sujeto plenamente irresponsable ó de responsabilidad disminuida de los art. 8,1º y art. 9,1º del Código Penal.

Trás la reforma legal de Diciembre de 1.978 del art. 3 de la LPRS se confía la peligrosidad sin delito del demente a las disposiciones sanitarias, y la peligrosidad post-delictual al Derecho Penal. La Constitución Española, viene a establecer en su Art. 25,2º que "...las medidas de seguridad estaran orientadas hacia la reeducación y reinserción social...", declarando anticonstitucional el internamiento que se oponga al logro de tales objetivos. A la misma conclusión se llega partiendo del artículo 9, 2º, que obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la igualdad de los individuos sea efectiva.

La Ley Orgánica de 25 de Junio de 1.983, añade el parrafo 3º al Artículo 8,1º del Código Penal desde la perspectiva de estos principios constitucionales: "Cuando el Tribunal Sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes

.../...

de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde el principio ó durante el tratamiento, por alguna ó algunas de las siguientes medidas:

- a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.
- b) Privación del permiso de conducción ó de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento ó por el plazo que se señale.
- c) Privación de la licencia ó autorización administrativa para la tenencia de armas, ó la facultad para obtenerlas, con intervención de las mismas durante el tratamiento ó por el plazo que se señale.
- d) Presentación mensual ó quincenal ante el Juzgado ó Tribunal sentenciador, del enajenado ó de la persona que legal ó judicialmente tenga atribuida su guarda ó custodia.

Todo este párrafo es añadido, atendiendo a la Exposición de Motivos de la Ley, teniendo en cuenta "las censuras que ha recibido la actual configuración del Art. 8,1º que, como es sabido, no permite distinguir entre las múltiples variantes

.../...

de las situaciones de anormalidad, sino que conduce a una sola medida de internamiento hasta que el Tribunal sentenciador lo considere oportuno".

3. L A S E N T E N C I A

3. LA SENTENCIA: SU IMPORTANCIA; CONTENIDO Y FUNDAMENTOS.-

El estudio de las sentencias nos lleva a la necesidad de entenderlas como la más importante de las resoluciones judiciales (ARAGONESES ALONSO, P.; 1.955), resumen y compendio de todo procedimiento.

El art. 900 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece la estructura formal de la sentencia en cinco apartados:

- 1) Encabezamiento. Se expresará la fecha, el delito sobre que versa la causa, los nombres de los recurrentes, procesados y acusadores particulares que en ella hayan intervenido; el Tribunal de donde proceda, las demás circunstancias generales que sirvan para determinar el asunto objeto del recurso y el nombre del Magistrado ponente.
- 2) Antecedentes del hecho. Con separación se transcribirán literalmente los hechos declarados probados en la sentencia o autos recurrido, excepto aquellos que sean de manifiesta impertinencia así como la parte dispositiva de la misma resolución.
- 3) Motivos de casación. Se relacionarán los motivos de casación alegados por las respectivas partes.
- 4) Fundamentos de derecho. Separadamente se consignarán los fundamentos de derecho de la resolución.
- 5) El fallo.

.../...

Esta estructura condiciona un texto literario singular en sus construcciones y características. DIEZ PICAZO (cit. por CESAREO RODRIGUEZ-AGUILERA) decía que la sentencia como obra literaria "es una realidad que decepciona notablemente". Largos párrafos prolijos y con escasa puntuación razonan los "hechos" desde el punto de vista de las "normas", precisando copiar escritos presentados, resumir lo actuado en el sumario y juicio y además aportar los fundamentos legales con los que se relacione y justifique el fallo emitido.

La sentencia resume y concreta en fin, la función judicial siguiendo un esquema clásico silogístico. Se ha afirmado que los problemas que el estudio de la sentencia plantea "difícilmente pueden examinarse en su totalidad" (MANUEL DE LA PLAZA; "Derecho Procesal Civil Español"; Madrid 1.951). Mas recientemente, para REINOSO-BARBERO (1.987), "no puede dudarse de la fecundidad creadora del casuismo jurisprudencial"; aún admitiendo la existencia de "deficiencias teóricas y sistemáticas".

Para KELSEN, el paradigma en el que se desarrolla es "racionalidad igual a ciencia", entendiendo el paradigma como axioma que no se pone en discusión. Al no ser posible probar científicamente

.../...

camente la idea de Justicia, se establecen racionalmente unos criterios de ella para una época determinada que tengan objetividad racional.

En este sentido, partiríamos del concepto de Justicia comentado por KELSEN, como cualidad posible de un orden social que regula las relaciones mutuas entre los hombres. En la línea de la definición práctica atribuida a los siete sabios de Grecia, según la cual la Justicia consiste en dar a cada uno lo que le corresponde.

Para WALTER PROBERT no es imaginable la Ley sin palabras, y las palabras -mimbres de la sentencia- suponen un precioso medio de información en el sentido de LUCE IRIGARAY... "un discurso puede envenenar, rodear, cercar, aprisionar o liberar, sanar, nutrir, fecundar..., raramente es neutro".

La sentencia es dictada por un juez y la normativa legal se estructura de tal manera que tiende a evitar que el juez dictamine de una forma personal, sino que la sentencia se deduzca de los datos aportados en el proceso sumarial y en el juicio oral. Todo ha de razonarse en atención a las partes en litigio y a la misma función judicial (RODRIGUEZ-AGUILERA).

.../...

Hay quien considera la Jurisprudencia más importante que la norma jurídica en sí, pues lo que prevalece es el sentido que la Jurisprudencia atribuye a la norma. En la normativa el Derecho declara, en la Jurisprudencia el Derecho se realiza.

La Jurisprudencia del Tribunal Supremo surge de la posibilidad de impugnar la sentencia dictada en Audiencia mediante el recurso llamado de casación, recurso definido en Derecho Procesal como "medio de impugnación extraordinario con motivos tasados" (GIMENO SENDRA: Derecho Procesal). Tiene una clara función de protección a las partes procesales consiguiéndose con él una función unificadora de la jurisprudencia en la interpretación y aplicación de las normas jurídicas (op.cit.). La posibilidad de interponer recurso de casación no es sólo para procesado o demandante, sino también para el Ministerio Fiscal en defensa de intereses públicos.

La LECRIM regula dos tipos de recursos de casación: por infracción de ley (art.849) y por quebrantamiento de forma (art. 850 y art. 851). En el primer caso, se trata de nulidades procesales que se han cometido a lo largo del proceso, en el segundo se trata de infracciones de normas procesales referidas a la sentencia, por lo que se cometen en el momento

de dictarla.

En cuanto al tema que nos ocupa, la participación de la Psiquiatría en la Jurisprudencia Penal, los recursos de casación pueden ser interpuestos por error en la apreciación de las pruebas. La libre valoración de éstas por el Tribunal "no significa que pueda hacer una valoración arbitraria, ilógica, irrazonada o irrazonable. Antes al contrario, el Tribunal debe hacer su juicio histórico fundándose en la razón, las pautas normales del comportamiento humano y el manejo de las máximas de experiencia". (DERECHO PROCESAL, op. cit.). Igualmente la denegación de la prueba puede ser objeto de interposición de recurso por quebrantamiento de forma.

El Tribunal Supremo declarará haber lugar al recurso cuando estime alguno de los motivos interpuestos, anulando la sentencia recurrida y dictando la suya propia. En el lenguaje jurisprudencial usará "palabras tomadas del vocabulario común, junto con otras técnico-jurídicas, y un grupo de otras esferas del conocimiento" (CARLOS PEREZ RUIZ "La Argumentación moral del Tribunal Supremo 1.940-1.975", pág. 271).

4. CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

4. CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS.-

La Psiquiatría clínica, estructurado su campo y definido el objeto de su estudio como "enfermedades mentales", ha planteado frente a su rama forense -y por ende frente a la Justicia- el mismo ordenamiento. De tal manera que todos los tratados de Psiquiatría, como de Medicina Legal y Derecho Penal, dedican capítulos al estudio -más o menos pormenorizado- de los síndromes y/o enfermedades mentales; intentando matizar y orientar en los aspectos médico-legales de cada una de ellas, principalmente su relación con hechos delictivos y la valoración de la imputabilidad según su estadio clínico o evolutivo. En último término, se busca definir, clasificar y dar pautas generales de conocimiento y utilización práctica.

Actualmente hay autores que incluso preconizan el que los manuales de diagnósticos y clasificación lleven un apéndice para su uso en el contexto legal (SHUMAN, 1.989). Por lo demás esto puede dar lugar al "uso abusivo y peligroso que los jueces y el público -y ciertos psiquiatras también- hacen a menudo del diagnóstico" (MIEVILLE 1.983).

.../...

Las clasificaciones son varias y van desde la más simplista que dividen las enfermedades mentales según su repercusión jurídico-penal en dos grandes grupos:

1.- Extrañas a la personalidad ó alineantes. Incluyendo como más patentes las neurosis y las psicosis.

2.- Los trastornos de personalidad, dentro de los que se encontrarían las oligofrenias y las psicopatias (Tratado de Medicina Legal de GISBERT CALABUIG 1.985).

Hasta las clasificaciones sindrómicas más detalladas como la propuesta por ORTEGA-MONASTERIO (1.990) que distingue cinco categorías:

1.- Síndrome Neurótico

2.- Síndrome Psicótico

3.- Síndrome exógeno-confusional

4.- Síndrome cerebral y Oligofrenias

5.- Síndrome Psicopático ó Trastornos de Personalidad

O la seguida por BLUGLASS en su tratado (1.990) en la que distingue:

.../...

a) Trastornos mentales:

- Esquizofrenia
- Psicosis Afectiva
- Neurosis
- Demencia senil
- Trastornos orgánicos
- Retraso mental

b) Trastornos de personalidad:

- Bordeline
- Psicopática
- Personalidad inadecuada

c) Desviación y conductas sexuales

d) Abuso de sustancias (Alcohol y Drogas)

Siguiendo pues, una clasificación operativa de trastornos psíquicos que nos permita revisar la relación entre éstos y los actos delictivos hemos separado:

1.- Trastornos neuróticos

2.- Trastornos psicóticos (esquizofrénicos)

.../...

- 3.- Trastornos afectivos
- 4.- Trastornos por uso de sustancias psicoactivas
- 5.- Oligofrenias y demencias
- 6.- Trastornos de personalidad
- 7.- Epilepsias
- 8.- Desviaciones sexuales

1.- Trastornos Neuróticos:

FREUD estableció un claro paralelismo entre neurosis y criminalidad (GARCIA DE PABLOS, pág. 407 de su Manual de Criminología), por entender que tanto el comportamiento del neurótico como el del delincuente respondían a unos mismos procesos, a clases psicoanalíticamente afines: primero la satisfacción de un instinto "que no corresponde a la realidad o al SUPER-YO" y segundo una pena: "el factor del displacer como reacción de la sociedad o respectivamente del SUPER-YO ante la satisfacción" (ALEXANDER Y STAUB, 1.961).

A pesar de esta hipótesis, a las neurosis se les ha considerado clásicamente como con poca relevancia penal, ocupando "el último lugar en la escala descendente de las perturbaciones" (sentencia del Tribunal Supremo de 13 de Octubre de 1.971),

.../...

porque "sólo las formas más acusadas y graves pueden tener repercusión penal" (MENGUAL i LULL, 1.987). Según el Derecho Penal, se trata de una reacción psíquica anormal; "derivan directamente de una causa psíquica no somática" (MIR PUIG, cit. por MENGUAL i LULL, 1.989).

En Francia se constata sólo un 1% de admisión en servicios de seguridad (BENEZECH, M.; 1.981).

Los actos delictivos pueden tener lugar en estados crepusculares, estados disociativos histéricos, por "descargas" de pulsiones en forma de conflictividad social o franca agresividad (ORTEGA MONASTERIO, 1.990). El delito se produciría como reacción final secundaria a su desarrollo neurótico, como liberación de un conflicto largamente reprimido y que es un momento determinado, "se libera por fallas del mecanismo represivo" (BONNET, 1.983).

Suelen excluirse del ámbito de la Enajenación Mental del Art. 8.1. (Sentencia del T.S. de 2 de Junio de 1.980), pero se ha apreciado con frecuencia la eximente de Trastorno Mental Transitorio. Para BONNET: "Puede presentarse a raíz del intenso psicotrauma afectivo que lo llevó a delinquir, un estado

.../...

crepuscular de la conciencia, auténtico Trastorno Mental Transitorio". Llegando a hacerse de ella la afirmación de que aún siendo enfermedades puramente "nerviosas", el sujeto conserva "su salud mental intacta" (Sentencia del T.S. anteriormente citada y recogida en el CODIGO PENAL, comentarios y Jurisprudencia de MANZANARES SAMANIEGO y ALBACAR LOPEZ, 1.987).

En la Jurisprudencia española se recoge la estimación de las impulsiones como eximente en sentencia de 16 de Abril de 1.902 (Sentencia citada como primer precedente en tratado de CODON y L. SAIZ, 1.968).

2.- Trastornos Psicóticos:

Las psicosis, se incluyen dentro de la enajenación mental (MANZANARES SAMANIEGO, 1.987), pudiendo ser "endógenas" o "exógenas" -para el mismo autor-.

Para MENGUAL i LULL (1.987), los penalistas emplean criterios "erróneos o superados por la ciencia psiquiátrica", como incluir las epilepsias en el campo de las psicosis.

.../...

En general, para la Jurisprudencia, las psicosis son "la verdadera enfermedad mental" y en sus aspectos legales se observa una clara falta de rigor, "venga de los peritos, de los jueces o del Tribunal Supremo" (mismo autor).

El acto delictivo en el psicótico puede guardar relación con los contenidos mentales propios de la enfermedad: temática persecutoria del delirio, alucinaciones (ROJAS, 1.934; REGIS, 1.923; cit. por BONNET, 1.983), a pesar de ello y para ORTEGA MONASTERIO (1.990), el psicótico habitualmente no realiza actos tipificados como delictivos. "Dado que suele elaborar su enfermedad dentro de un mundo autista y desconectado de su entorno".

Clásicamente se hablaba del "periodo médico-legal o prodrómico" de la esquizofrenia (concepto de ANTREAUME y MIGNOT, 1.907), considerando el acto delictivo abrupto como signo de comienzo o "debut" de la enfermedad. KRETSCHMER explica algunos de los hechos delictivos como "actos en cortocircuito".

Para autores como BONNET el esquizofrénico en pleno proceso de enfermedad será "candidato a la comisión de delitos". Recogiendo la información de varios autores entre 1.917

.../...

y 1.941, dá unos porcentajes de 21,08% de varones esquizofrénicos delincuentes y un 12,37% de mujeres. Citando las estadísticas criminológicas de GUTIERREZ (1.917) y la de BONHOUR y CIAFARDO (1.941) que coincidían en que los delitos contra las personas iban a ser un 60% de su actividad delictiva (BAMBAREN y VALEGA 1.945). La capacidad delictiva de la enfermedad, igualmente, es puesta de manifiesto por otros autores como RODRIGUEZ ARIAS y BLEULER (cit. por CODON y LOPEZ SAIZ, 1.983). Para REGIS (1.923), la mayoría de los delitos "patológicos" "son obra de perseguidos", que obrarían considerando lo que hacen en legítima defensa o por una imposición (CODON y LOPEZ SAIZ).

Estadísticas de ADDAD y BENEZECH en Francia (1.977) constatan la mayor relación de formas clínicas heboidofrénicas y paranoideas con infracciones graves y en comparación con delincuentes normales, encuentran una mayor frecuencia de violencias y asesinatos. Siendo estos actos violentos dirigidos hacia personas (parientes y conocidos) en un 66,74% en los paranoideas, a menudo premeditados y sólo en un 24% contra los bienes. En el mismo sentido se han manifestado otros autores como REGIS (1.980) (cit. por TIDMARSH en obra de BLUGASS y BOWDEN, 1.990; pág. 342).

.../...

Sin embargo, otros autores como RUIZ MAYA (1.931), afirmaban que la peligrosidad del enfermo esquizofrénico "no es tan amplia o incluso es nula o casi nula en la esquizofrenia establecida". Para WYRSCH (1.949) los actos punibles serán ocasionales y aislados, comentando que un perito psiquiatra forense puede ver pasar años y decenios sin que contemple que un enfermo de esta clase sea autor de un hecho delictivo.

Para ORTEGA MONASTERIO (1.990) no presentan una especial peligrosidad social, aunque los casos graves con riesgo de agresividad deben ser internados durante el periodo agudo.

Los criterios de inimputabilidad serán claros para las psicosis en plena actividad y para los hechos delictivos en relación directa con la sintomatología (Sentencias de T.S. de 8 de Mayo de 1.944 y de 4 de Febrero de 1.964).

La dificultad será mayor cuando haya que precisar la imputabilidad de psicosis residuales, que estaría en relación con la "cuantía del defecto" (CODON y LOPEZ SAINZ).

El examen minucioso, dice BONNET, del "antes" del "durante"

.../...

y del "despues" del delito daría la pauta de lo realmente sucedido.

Es el aspecto social del acto delictivo del psicótico, lo que "por su aparatosidad o bizarrería" suele tener gran repercusión pública (ORTEGA MONASTERIO, 1.990), lo cual alimenta la idea del enfermo mental como peligroso.

3.- Trastornos Afectivos:

Para la DSM-III, la psicosis maniaco-depresiva queda codificada en trastorno afectivo mayor, bipolar, mixto, maniaco o depresivo. Para el diagnóstico, la variable tiempo y la variable fase se eliminan notablemente utilizando criterios operativos y centrando el trastorno mental en base a la presencia de síntomas en un momento determinado -en nuestro caso- de los hechos delictivos (MENGUAL i LULL, op. cit.).

Básicamente para la valoración de su imputabilidad se distinguía entre períodos fásicos y estados intercríticos. A tener en cuenta por el perito del momento de la comisión del delito y del momento de la exploración (BONNET, 1.983).

.../...

En los episodios maniacos, los hechos delictivos vendrán dados por la euforia, la irritabilidad y la hiperactividad. Delitos por reacción de cólera, o derivados de la exaltación de sus impulsos (LOPEZ SAIZ y CODON). Casi todos los autores lo relacionan con delitos de estafa (BENEZECH, 1.981) y se llega a afirmar que nunca son asesinos o que los delitos de sangre son excepcionales (DE LOS REYES, SANCHEZ MORATE y VELASCO ESCASI, citados por CODON y LOPEZ SAIZ). Generalmente hacen "plus de bruit que de mal" (EY, 1.962).

En los trastornos depresivos se plantean los conceptos de "crimen altruista" (VALLON y GENIL PERRIN) o de "suicidio ampliado" (GONZALEZ LOPEZ, JUARROS, LAIGNE-LABASTINE, citados por CODON y LOPEZ SAIZ), cuando produce la muerte a sus seres queridos para y desde su pensamiento depresivo, evitarles sufrimientos, verguenzas o miserias (BONNET, SANCHEZ MORATE y VELASCO ESCASI). KRAFFT EBING, en 1.985 hablaba de que aumentaba la importancia médico-legal en razón de su ansiedad. Para BENEZECH (1.977) el homicidio altruista del melancólico es hoy "relativamente excepcional".

Datos estadísticos recogidos fuera de nuestro medio varian

.../...

desde un 8% de trastornos afectivos en delincuentes encontrados por WALKER et al. en 1.973 en Inglaterra, hasta un 34% de trastornos bipolares según LONDON et al. en 1.982 en un grupo de 187 hombres no culpables por razones de enfermedad.

GOOD, en 1.978 encuentra un 10% de desórdenes afectivos primarios en una población reclusa de 100 presos.

TAYLOR et al. en 1.984, estudiando una población de 2.374 presos encuentra un 1,2% de trastornos afectivos mayor.

KUNJUKRISHNAN, en Canadá en estudios psiquiátricos previos al juicio de 355 sujetos, encuentra un 2% de maníacos-depresivos. El mismo autor en 1.968, constata que los delincuentes con Trastorno Afectivo Mayor son en su mayoría de tipo bipolar y aparición reciente.

En la República Federal Alemana, HAFNER y BÖKER, en 1.982, estudiando desórdenes mentales en delitos violentos, durante un período de 10 años (1.955-1.964), calcularon el riesgo de violencia en trastornos afectivos mayor en 6/100.000. Lo que coincide con la apreciación de la mayoría de los autores

.../...

de la "escasa peligrosidad" de estos enfermos (SANCHEZ MORATE, VELASCO ESCASI, GARCIA ANDRADE).

En tratado de BLUGLASS Y BOWDEN (1.990), HIGGINS comenta el porcentaje de maniácos recogidos en estudios europeos del 8% en comparación con el 2% en USA (pág. 349 op. cit.). Los actos delictivos serían delitos menores y sólo un 13% serían delitos graves.

Los problemas de imputabilidad parecen solventarse siempre que se clarifique si el hecho delictivo fué cometido en sus episodios clínicos extremos (manía o melancolía). En esos episodios "todos los autores estan de acuerdo en conceder la inimputabilidad de manera absoluta" (LOPEZ SAIZ y CODON). Durante el "intervalo lúcido" como período ausente de síntomas, el sujeto sería plenamente imputable. Pero todo esto, que parece estar claro tanto en sus extremos como en los períodos eutímicos o de normalidad, no lo está tanto para episodios depresivos no mayores, para los que, según el análisis de la jurisprudencia hecho sobre el tema por MENGUALLI i LULL, parece que las depresiones serán en principio imputables (sentencia de 11 de Julio de 1.983 y sentencia de 29 de Abril de 1.981 entre otras). Por consideran el

.../...

Tribunal que el sujeto conserva intactas sus facultades cognitivas y volitivas y distinguir el bien del mal.

4.- Trastornos por uso de sustancias psicoactivas:

El uso, abuso y/o dependencia del alcohol y drogas constituyen factores aceptados por la literatura como asociados a un alto porcentaje de conductas delictivas y violentas (LEHAMANN et al. 1.983; LEVY et al. 1.989; BRIAN HORE en Tratado de BLUGASS y BOWDEN, 1.990).

Las consideraciones penales y jurisprudenciales diferentes para ambos tipos de sustancias, justifican el análisis por separado (LUIS DEL CASTILLO en cap. 19, pág. 457 de "Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario" de FREIXA, F.; SOLER, P.A. y colaboradores).

A) Trastornos por consumo de bebidas alcohólicas:

Nuestro Código Penal vigente explicita la embriaguez plena y fortuita como subeximente de la más general de Trastorno Mental Transitorio (MANZANARES Y ALBARCAR). Recogiéndose en la atenuante 2ª del art. 9 los casos de embriaguez culpable

.../...

en su inicio. El TMT puede tener su origen "...en la embriaguez alcohólica cuando la misma alcanza una intensidad sensiblemente superior a la que justificaría la apreciación de la correspondiente atenuante genérica..." (Información Jurisprudencial. Consejo General del Poder Judicial, Septiembre 1.988).

Para KAISER (en su "Introducción a la Criminología") el análisis entre alcohol y criminalidad "quedaría demasiado corto si se quisiera situar el centro de gravedad en el alcoholismo crónico y en los delincuentes con dependencia del alcohol".

HENSMAN en 1.969 (cit. por KAISER) encuentra porcentajes entre el 2 y más del 30% de presos alcohólicos. Siendo para dichos autores mucho mayor la proporción de delincuentes con consumo previo de alcohol (sin que esté establecido su alcoholismo). Son los datos de la policía lo que según KAISER hacen subir la proporción hasta un 50% y entre un 30 y un 70% según los criterios más o menos subjetivos que determinan "embriaguez" o "alcoholismo" en el sujeto que es detenido en relación con un hecho delictivo.

En Francia se considera que el 19% de los delitos, tienen por

.../...

origen el alcohol (BOGANI, E. 1.988).

MURPHY en 1.983 (citado por KAISER) ofrecía cuatro modelos teórico-explicativos de la relación entre alcohol y criminalidad:

1.- Efecto desinhibidor del alcohol (pérdida de autocontrol y disposición a la agresión).

2.- Tanto el consumo como la criminalidad tienen una causa común como v.gr.: dificultades en la infancia.

3.- Condicionamientos recíprocos de ambos factores, el alcoholismo puede llevar a la alteración en las conductas sociales y éstas pueden llevar a la ingesta excesiva como medio de huida.

4.- Conexión aparente: los delincuentes alcohólicos están hiperrepresentados en la causística (COLLINS, 1.980) pero eso supone que han sido detenidos, puede ser sólo una aparente conexión y, para afirmar que en la comisión de delitos aparece con relativa frecuencia el alcohol, serían necesarios estudios más exactos sobre la conducta de la población.

.../...

Existe, sin embargo, una importante controversia sobre la consideración legal de la embriaguez, puesta de manifiesto por BONNET en su Tratado de Psicopatología y Psiquiatría Forense (1.983); FERRI (uno de los padres del empirismo criminológico) a finales del siglo pasado, opinaba que el que se embriaga -dolosa o culposamente sea incompleta o completamente- debe responder por su delito del mismo modo que el no ebrio. Para FERRI, la embriaguez sería si nó un "escandaloso salvoconducto para los delincuentes".

Otros autores como LEVIDALLE sostienen que sea o nó preordenada, se sancionaria a un sujeto que en el momento de delinquir no es realmente imputable.

Algunos de los argumentos que esgrime el Tribunal Supremo en España a efectos del uso de sustancias son de índole de política criminal, la total imputabilidad sacrificaría la seguridad ciudadana, recogándose en la jurisprudencia ideas semejantes a las comentadas de FERRI (Sentencias de 17-Enero-83; 3-Mayo-83; 22-Noviembre-83 y otras, comentadas en los "Aspectos Psiquiátricos" del estudio de CARBONELL, GOMEZ COLOMER y MENGUAL i LULL).

.../...

A este aspecto de la problemática se refiere igualmente el Código Penal de MANZANARES SAMANIEGO y ALBARCAR LOPEZ, cuando comentando el Art. 8-1º (pág. 52) habla en el apartado "Embriaguez" de los riesgos de una aplicación desmesurada y desorbitada de la eximente, y de premiar, sin razón bastante, al vicio, propenso a incidir peyorativamente en los bienes penalmente protegidos...".

B) Trastornos por uso de drogas:

En el ya citado Código Penal, se afirma (pág. 56) que "el adicto a la ingestión, inhalación o incorporación a su organismo de dichos estupefacientes, sólo podría estimarse -con cierto paralelismo con la embriaguez- total o parcialmente inimputables: a) cuando, al tiempo de perpetración de los hechos de que se trate, el sujeto activo, se halle bajo la influencia de la ingestión -fortuita, culposa o dolosa, pero nunca preordenada al delito- de las referidas sustancias, y, como consecuencia de ella, sus facultades cognoscitivas o volitivas, se encuentren abolidas, o al menos, mermadas o disminuidas: y b) cuando, al tiempo antedicho, hallándose el infractor,

.../...

en situación de crisis o síndrome de abstinencia, o en estado carencial agudo, el ansia incoercible de obtener la sustancia estupefaciente, respecto de la cual se tiene dependencia, psíquica o física, suprime su discernimiento o raciocinio, o sus facultades inhibitorias de autodomínio o autocontrol, o, al menos, restrinja o limite las mencionadas facultades intelectuales o volitivas (Sentencia de Tribunal Supremo de 22 de Marzo 1.985).

El problema del consumo de drogas surge a principios de la década de los setenta y la legislación, a la sazón vigente, se vé desbordada por la nueva problemática (J.A. OSCARIZ y L. DEL CASTILLO ARAGON en "Circunstancias Eximente y Atenuantes de la Responsabilidad Penal, Relativas a los Delitos Cometidos Bajo la Influencia de Drogas Tóxicas, Estupefacientes o Sustancias Psicotrópicas". En Psiquiatría Forense del Centro de Estudios Judiciales, Ministerio de Justicia, Madrid, 1.990).

Por Ley de Noviembre de 1.971 que redactaba de nuevo el art. 344 del Código Penal, los Tribunales en la práctica podían, atendiendo a las "circunstancias del culpable y del hecho", aplicar la pena inferior o superior en un grado. Por esta

.../...

vía, siguiendo a los referidos autores, se introdujeron atenuaciones en la responsabilidad del drogadicto. Siendo posiblemente la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de Junio de 1.981, la que por primera vez alude de forma expresa a la condición del consumidor como "enfermo a quien procede deshabituarse" (obra citada pág. 101).

La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de Agosto de 1.970, considera peligrosos "los ebrios habituales y los toxicómanos" (artículo 2º séptimo). En opinión de OSCARIZ y DEL CASTILLO, esta Ley denostada por todo el mundo, probablemente influyó en que muchos jueces, por tener que aplicarla, entendieran mejor lo que eran las drogodependencias y "propiciaron su consideración como enfermedades" (pág. 102).

La Ley de 18 de Junio de 1.983, supuso un tratamiento más benigno de los delitos contra la salud pública y una despenalización del consumo. Reformándose en 1.988 (Ley Orgánica de 24 de Marzo de 1.988), tras haberse detectado un incremento del tráfico y una escalada de la delincuencia que fué atribuida a la reforma que contó desde su promulgación con una encarnizada oposición social.

.../...

5.- Oligofrenias y Demencias:

Desde que Esquirol, en "Des Maladies Mentales", revisara la noción de "idiotismo" de Pinel -dejando claras las diferencias entre Demencia y Oligofrenia, con su célebre aforismo: "el hombre demente está privado de los bienes que gozó en otro tiempo, es un rico convertido en pobre, el idiota ha estado siempre en el infortunio y la miseria"- varios especialistas intentaron clasificar los grados de déficit. ORFILA (Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de París desde 1.819), desde una preocupación médico-legal y por su trascendencia criminológica distingue tres grados: idiotas. imbéciles y medio-imbéciles (HUERTA GARCIA-ALEJO, 1.988).

La última edición del Código Penal Español de RODRIGUEZ DEVESA (1.988), clasifica las oligofrenias en idiocia, imbecilidad y debilidad mental (parte general, pág. 589), citando la obra de CODON y LOPEZ SAIZ (3ª. edición, 1.968).

Para GÖPPINGER, H. (citado por KAISER; pág. 391 de su Manual de Crimonología), el oligofrénico, probablemente, participa más en la comisión de delitos, pero también asume un riesgo

.../...

mayor al ser detenido.más fácilmente por la policía.

La importancia médico-legal y penal de los déficits intelectuales, radica en que sean víctimas de hechos delictivos o fácil presa de sujetos inductores de actos punibles (BONNET, 1.983 y LOPEZ SAIZ y CODON).

En la citada obra de CARBONELL - MATEU, GOMEZ COLOMEZ y MENGUAL i LULL, se pone de manifiesto "el anquilosamiento y la inercia del Tribunal Supremo" en el tratamiento de las oligofrenias, utilizando consideraciones diagnósticas, clasificatorias y etiológicas que poco tienen que ver con los criterios clínicos actuales. En la revista Poder Judicial nº6 de Junio de 1.987 (pág. 258) se recogen como "enseñanzas de la ciencia psiquiátrica moderna" la distinción de grados de oligofrenias en función de "coeficientes de agudeza intelectual". Distinguiéndose: oligofrenia profunda, media y simple debilidad mental.

Incardinando en esos tres tipos la eximente completa, la incompleta y la mera atenuante analógica, respectivamente. Siendo imputable la llamada "torpeza mental" ("la torpeza no es ni atenuante ni eximente", pág. 221 de tratado de LOPEZ

.../...

SAIZ y CODON), refiriéndose a ella en situaciones "entre la debilidad y la plena normalidad". Puesto de manifiesto este punto en la jurisprudencia recogida por ORTEGA MONASTERIO (1.990).

Mientras que la Psiquiatría desde principios de los años 80 habla de Retraso Mental leve, moderado, grave y profundo (DSM-III) y no de oligofrenias.

Los cuadros demenciales son recogidos en el trabajo de LEVI y colaboradores (1.989) como uno de los desórdenes psiquiátricos que pueden relacionarse con conductas violentas. BONNET (1.983), habla de delitos "surgidos del fallo del juicio crítico, de su pasividad y de su sugestionabilidad y falta de atención". Relacionándolos sobre todo con los llamados "delitos contra la honestidad".

BLUGASS (1.966) encuentra un 2,6% de retraso mental en una población de 300 reclusos y un 11,6% de inteligencia borderline, él concluye que no existen esenciales diferencias en la distribución de la inteligencia en prisioneros convictos y la población general.

.../...

HAFNER y BÖKER en 1.973 (citado por KUNJUKRISHNAN, 1.988) calcularon el riesgo de violencia del retraso mental en 6/100.000 (mientras que el de esquizofrenia lo consideraban un 5/10.000).

ANDREW REID, revisando múltiples trabajos, concluye que son pocas las asociaciones entre el retraso mental y el crimen (en tratado de BLUGASS y BOWDEN, 1.990, pág. 397). No encontrando relación entre síndromes de déficit intelectual y tipo de delito.

6.- Trastornos de Personalidad:

En el "ser psíquico" KURT SHNEIDER (1.923) distinguía tres conceptos de facultades: la inteligencia, la vida de los sentimientos y pulsiones vitales y la personalidad. La personalidad, en su concepción, abarcaría los sentimientos y tendencias no corporales y la voluntad.

Las psicopatías junto a las psicosis y a las neurosis han constituido, para el Derecho en España, los trastornos mentales tradicionalmente considerados (OCTAVIO PEREZ VICTORIA, 1.970).

.../...

Los conceptos actuales se refieren a personalidad antisocial (DSM-III) o personalidad con predominio de manifestaciones sociopáticas o asociales (ICD-9 de la OMS). Para BENEZECH (1.981) forman la categoría nosográfica mas importante desde el punto de vista criminológico.

Los penalistas y la doctrina legal en España tienen reiteradamente declarado que los psicópatas no son enfermos mentales, sino que pueden estimarse como personas normales a los efectos de su imputabilidad; "por no tener limitadas sus facultades intelectivas y volitivas" (Código Penal de MANZANARES SAMANIEGO Y ALBARCAR LOPEZ y en el mismo sentido quedan definidos en Lecciones de Derecho Penal de MIR PUIG). Para LOPEZ SAIZ y CODON igualmente "no tienen una verdadera enfermedad mental".

No teniendo relevancia teóricamente sobre la imputabilidad (ROMERO SIRVENT y GOMEZ PAVON) a no ser que se acompañe de otras anormalidades psíquicas que permitan apreciar una eximente incompleta o una atenuante analógica (MANZANARES S. y ALBERCAR en la obra citada). Lo cual es reiterado en numerosas sentencias del Tribunal Supremo que "sigue llenando páginas de sus sentencias con las psicopatías" (CARBONELL MATEU,

.../...

GOMEZ COLOMER y MENGUAL i LULL pág. 221 de "Enfermedad Mental y Delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales").

Sin embargo, para otros autores del campo penal, al considerarse al psicópata "incapaz de determinarse normativamente" sería posible considerarlo un enajenado (ALONSO ALAMO, 1.989).

Para FERMIN MORALES PRATS (1.990), probablemente es en el punto de las psicopatías donde reina la incertidumbre de forma más evidente, en cuanto al tratamiento penal que otorgarles. Dicho autor analiza si las psicopatías encuentran acomodo legal en el Art. 8, 1º del Código Penal o si por el contrario la eximente de alteración en la percepción puede constituirse -dada su vaguedad- en una cláusula eximente respecto a aquellos supuestos -principalmente las psicopatías- no fácilmente encuadrables en el ámbito de la enajenación mental del Art.8, 1º del Código Penal.

En los Estados Unidos se llegó a definir formalmente la no valoración de la imputabilidad de los trastornos de personalidad; como condición mental "no exculpatoria". No se les puede defender como enfermos, según declaración de la A.P.A. en

.../...

1.983 (comentada por BLOOM y ROGERS en 1.987). Incluyéndose así en The Psychiatric Security Review Board de Oregon.

Para autores como JONAS ROBISTSCHER (1.978), la sociopatía es el "waste-basket diagnosis". Siendo para él la falta de evidencia de remordimientos el motivo por el que se han considerado no rehabilitables, certificándose dicha condición en cortas entrevistas clínicas. No habiendo, para este autor, evidencia científica para afirmar la intratabilidad, ya que "a los 40 años dejan de ser sociópatas". Fenómeno reflejado en nuestro medio por CODON y LOPEZ SAIZ: "pierden actividad criminal en las edades avanzadas".

En Italia, SMIGLIANI (1.986), señala que de la plétora de opiniones discordantes en esta materia, la principal cuestión jurídica y médica es la "enfermedad"; si lo es o no. Recoge opiniones a favor y en contra de que la anomalía del carácter comporte una alteración de la esfera intelectual o volitiva del sujeto. En su Compendio de Criminología, PONTI, habla del "riesgo" de llamar psicopatía a cualquier tipo de conducta extraña o no aceptada por todos.

.../...

En cuanto a su relación con hechos delictivos parecen todos los autores de acuerdo en la alta incidencia de trastornos de personalidad en los delincuentes y presos, así como la frecuencia con que el individuo que presenta una "anomalía del carácter" incurre en un episodio dañoso para la sociedad (REDA, G.C.; 1.982). GARCIA DE PABLOS en su Tratado de Criminología recoge incidencias en la población carcelaria desde un 14,5% (STUMPFL en 1.935), hasta un 100% en delincuentes precoces y reincidentes (FREY, 1.951).

SCHUESSLER y CRESSEY en 1.950 (citados por GARCIA DE PABLOS), evalúan los trabajos realizados durante 25 años en los Estados Unidos sobre estudios de personalidad mediante test en delincuentes y no delincuentes, no observando diferencias estadísticamente significativas. Estudios del matrimonio GLUECK (1.950), en 500 delincuentes y no delincuentes tampoco parecieron encontrar diferencias. Sin embargo, en el estudio de seguimiento realizado en 1.976 por GUZE et al., se encontró a la sociopatía, el alcoholismo y la drogodependencia como datos sólidamente unidos a la conducta delictiva. Detectando sociopatía en el 70% de los delincuentes varones con desórdenes psiquiátricos (el 90% del total).

.../...

Por cuanto a otros trastornos de personalidad, FERNANDEZ POL, en 1.965 (citado por BONNET), encuentra personalidad esquizoide pura o imbricada en el 13,60% de las población carcelaria.

Por todo lo expuesto, habría que concluir citando a LOPEZ SAIZ y CODON, cuando en su "Psiquiatría Jurídica Penal y Civil" (Pág. 594, tomo II), afirman que "el problema de la responsabilidad de los psicópatas, desde el punto de vista jurídico-penal y de política criminal, pertenece, sin disputa, a las cuestiones más difíciles del Derecho Penal".

7.- Epilepsias:

A pesar de constituir un tema de las ciencias neurológicas, con frecuencia son valoradas por jurisprudencia y la medicina legal como generadores de estados o trastornos psíquicos que pueden generar causas de enajenación (CARBONELL; GOMEZ COLOMER; MENGUAL i LULL, 1.987).

De acuerdo con los citados autores en que se trata de

.../...

trastornos neurológicos que conllevarán o no trastornos mentales, y de los que a los Tribunales interesaría la afectación de las "facultades mentales y volitivas del agente". A tal cuestión que "difícilmente responde un técnico de salud mental, menos aún responderá un técnico en neurología" (autores y obra citada pág.280).

CESARE LOMBROSO (1.895), padre de la antropología criminal, otorgaría a la epilepsia categoría de causa princeps de la criminalidad. En su "Uomo Delinquente", se refería a ellas como "en estrecha relación con la tendencia al crimen" y a la inversa: al crimen como "frecuente manifestación de la epilepsia", incluso en íntima analogía con la "locura moral" -ambas pueden asociarse o sucederse- (s.l. y M. PESET, 1.975; E.F.B. BONNET, 1.983; R. HUERTAS, 1.988).

Con las aportaciones de ESQUIROL (1.838), LEGRAND DU SAULLE (1.875-1.866), VLADOFF (1.911), REGIS (1.923), RUIZ MAYA (1.931), se constata la característica invariable del "furor" primitivo, agresividad y destructividad. KRAFT-EBING, en el mismo sentido, llegaba a decir que los crímenes no serían más que fenómenos epilépticos mal interpretados, según citan LOPEZ SAIZ y CODON en su tratado, donde afirman: "que todo ello son aburridas exagera-

.../...

ciones"; aunque sin llegar a ellas nadie duda que la epilepsia constituya "una de las enfermedades mentales de mayor importancia jurídica" (pág. 361 de *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*).

Habitualmente la Jurisprudencia Española ha distinguido los delitos cometidos bajo el influjo de diferentes situaciones clínicas: aura, acceso o crisis, psicosis, carácter, demencia, etc. (RODRIGUEZ DEVESA, *Derecho Penal Español*, 1.988, pág. 588 y comentarios de ORTEGA MONASTERIO, 1.990).

En tratado de BONNET se sugiere que "el perito deberá precisar siempre en qué período de la afección fué llevado a cabo el delito: pre-paroxístico, paroxístico, post-paroxístico, extra-paroxístico; es la única manera de establecer relación entre imputabilidad y delito cometido".

Dicho autor critica los referidos criterios clásicos de criminalidad. Basándose en estudios estadísticos de BARANDE (París 1.956) y de él mismo (1.960), habla de relación directa, probable y nula relación entre epilepsia y delito. Y de criterios de contaminación del epiléptico delincuente con otros trastornos: Debilidad Mental, Alcoholismo y Trastornos

.../...

de Personalidad, sobre todo. Para ellos representan una cifra muy baja de delincuencia en relación con otros trastornos. Los actos delictivos realizados por enfermos epilépticos en un 80% revestirán características de acciones impulsivas (tomando caracteres de furor en el 15% de ellos) y el 20% aproximadamente serán actos relacionados con automatismos. Automatismo o actividad psicomotriz incontrolada de la que no permanece recuerdo alguno (ANTONIOTTI, F.; 1.986).

Para este autor, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Roma, la enajenación ("vizio totale di mente") sólo podría considerarse en las crisis de epilepsia temporal. Por obnubilación o crepusculación de la conciencia durante la fase precedente al acceso comicial o inmediatamente después de la crisis. Igualmente se aplicaría la eximente total cuando se ha producido un auténtico síndrome psicótico delirante. En períodos intercríticos la imputabilidad atenuada vendría dada por la peculiar impulsividad o excitabilidad del enfermo, o por alteración caracterial grave correlacionada con la alteración morbosa.

.../...

Todos los autores consultados y citados estan de acuerdo en que el estudio detallado y científico del caso concreto, conducirá a la solución del problema de la imputabilidad en el epiléptico. Para PIGA (cit. por CODON y LOPEZ SAIZ) es el acto delictivo estudiado con minuciosidad el que constituye un factor primordial: crímenes brutales, actos elaborados, actos "parahumanos" (RUIZ MAYA), porque "cuanto más complejo sea el delito en su dinámica, tanto menor será la probabilidad de que obedezca a la epilepsia" (BONNET, 1.983). Para GARCIA ANDRADE (1.973), de todos los enfermos psiquiátricos, el más peligroso es el delirante epiléptico (pág. 125 de "El hombre, el delito y su mundo"). Para BENEZECH (1.981), sin embargo, la peligrosidad del epiléptico es un mito y no difiere, según estadísticas citadas por él, de la población normal (GUNN, 1.969; GUNN et BONN, 1.971; FIORENTINI et col. 1.976).

8.- Desviaciones Sexuales:

Entrar en las consideraciones médico-legales de las conductas

.../...

sexuales supone acometer un tema controvertido (CARBONELL), sometido a modificaciones transculturales y transhistóricas (KAISER). En el campo de la Psiquiatría Forense, autores como BENEZECH (1.981) las incluyen dentro del capítulo de las perversiones: "c'est-à dire, du plaisir de mal faire et de faire mal". BLUGASS (1.990) tipifica en su tratado (section VII) hasta catorce apartados de "desviant and criminal sexual behavior", donde incluye, entre otros, los aspectos médico-legales del exhibicionismo, de las llamadas telefónicas obscenas, del travestismo, del transexualismo, del sadomasoquismo, del bestialismo, de la paidofilia y de la necrofilia.

El abordaje del tema hay que hacerlo, no sólo desde la vertiente del agresor, cuya manifestación sexual anómala puede ser un elemento clínico más de una patología psíquica subyacente, sino también desde la víctima, por lo que supone de coacción o agresión sobre su libertad sexual. A la hora de estimar judicialmente las conductas sexuales "agresivas" (como las denomina CURRAN y cols.) parecen ser de los delitos donde la figura de la víctima cobra mayor importancia (KAISER).

Los adolescentes y los que sufren desórdenes intelectuales

.../...

están especialmente expuestos a violencias sexuales (BENEZECH, 1.981), incluso hay quien habla del "recidivismo victimario" (MILLER y cols. 1.978, cit. por BENEZECH).

Para KAISER, los delitos sexuales constituyen el 1% de las estadísticas policíales. Por otra parte, desde el punto de vista social y normativo, las conductas sexuales desviadas pueden ser más o menos peligrosas según sean "íntimas", como el fetichismo o el travestismo, o públicas como el exhibicionismo (ABEL y otros en tratado de CURRAN, McGARRY y SHAH, 1.986). Lo decisivo para CARBONELL, está en el cuadro clínico que eventualmente presente el agente y en su capacidad para obrar de otro modo.

En la estimación de los delitos contra la libertad sexual y en la valoración médico-legal de las conductas sexuales desviadas se pone de manifiesto, de forma más evidente que en otros casos, la triple dimensión del hecho delictivo; sociedad, agresor y víctima.

.../...

5. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

5. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO.-

Se pretende estudiar y analizar las relaciones entre la Psiquiatría y el Derecho Penal en España, sobre la base del conocimiento de los aspectos psiquiátricos que intervienen en el nivel de actuaciones que llegan al Tribunal Supremo y configuran el cuerpo jurisprudencial, paradigma de otras actuaciones legales.

Considerando el Derecho como el "complejo de estrategias", mecanismos y controles sociales" (ATHUR KAUFMANN) y a la Jurisprudencia como "la doctrina emanda de las resoluciones del Tribunal Supremo, al interpretar y aplicar la Ley, la costumbre y los principios generales de Derecho" (GOMEZ DE LIAÑO. Diccionario Jurídico). Alguien definió a la Jurisprudencia como una de las ciencias probablemente más influida por lo moral, dado que regula las costumbres. Moral y costumbres que forman parte también del campo de actuación de la Medicina y en concreto de la especialidad de Psiquiatría. Entendiendo que "el Derecho es, ante todo una ciencia práctica, volcada hacia la realidad, es inseparable de ésta" (GARCIA-PABLOS) y que en su proceso de investigación jurídico-penal necesita del auxilio de los conocimientos psicológicos y psiquiátricos.

.../...

Partiendo del presupuesto básico de que el saber científico siempre es un saber interdisciplinario y no sectorial ya que las ciencias se necesitan y complementan unas a las otras aunque sus métodos y objetivos difieran.

La visión descriptiva que ofrece la Jurisprudencia de la relación cotidiana entre la Psiquiatría y la Ley, nos permitirá establecer las características del encuentro entre ambas; los márgenes, lenguaje y formulaciones sobre los que construye esa relación. Los puntos de contacto y controversia.

Es claro que cuando el fenómeno del delito se complica con la consideración del delincuente como "mentalmente enfermo" el Derecho Penal precisa para su ejercicio del auxilio de los conocimientos psiquiátricos. Cual es su demanda. Cual es el marco teórico en el que se establece esa relación, cuales son sus objetivos comunes y cuales divergen. Son algunas de las cuestiones que nos lleva a plantearnos este estudio.

La investigación se dirige hacia tres vertientes principales:

I.- Estudio Epidemiológico y Estadístico: de los datos clínicos que aparecen en las referencias y argumentaciones

.../...

de las sentencias de los Anales Jurisprudenciales (ARANZADI). Análisis de qué entidades nosológicas se definen y la consideración legal en cuanto a imputabilidad que se les adscribe. Qué psicopatología se reseña y qué relación se establece entre los datos clínicos y el hecho delictivo.

II.- Lo puramente Psiquiátrico-Pericial: la intervención del experto-psiquiatra en la dinámica del proceso del juicio oral. El juicio oral supone dar a las partes que intervienen la posibilidad de exponer sus razonamientos y de defender sus derechos. Según la Constitución Española, su segunda finalidad es que "el Tribunal disponga de todos los elementos de juicio necesarios para dictar su sentencia" (sentencia del Tribunal Constitucional de 18 de Mayo de 1.981). De entre esos elementos analizamos los informes médicos, su contenido y la valoración que de ellos hace el Tribunal.

III.- Perspectiva temporal: estudio de la influencia sobre el tema del devenir histórico, de los cambios acontecidos en el marco legislativo español en los últimos años, el desarrollo de los Principios Constitucionales y la Reforma del Código Penal de 1.983. Mientras que la Psiquiatría evoluciona hacia la adopción de una nomenclatura diagnóstica de ámbito interna-

.../...

cional. Qué aspectos en este sentido se detectan al estudiar la Jurisprudencia en dos períodos de tiempo separados diez años (Años 1.977-1.978 y 1.987-1.988).

Las hipótesis de trabajo que se articulan en torno a estos objetivos están relacionadas con:

1º.- La incidencia de la Enfermedad Mental en la Criminalidad recogida en la Jurisprudencia Penal, que se supone escasa y en relación sobre todo con trastornos de personalidad y abuso de sustancias psicoactivas.

2º.- La influencia de la Psiquiatría en el Proceso Penal, barajándose la hipótesis de que esta influencia no es determinante, siendo su aportación utilizada entre otros tipos de argumentaciones no-psiquiátricas.

3º.- Las diferencias entre un período de tiempo y otro, esperando ver la influencia positiva de los procesos de transformación de los marcos de referencia, el político-legal y el clínico-psiquiátrico.

.../...

5.1.- CONSIDERACIONES ESTADÍSTICAS

En nuestro País se hace realidad la afirmación del criminólogo alemán GÜNTER KAISER de que la criminalidad real sólo se puede valorar, pero no conocer.

No existen publicaciones estadísticas detalladas que permitan encuadrar cualquier estudio de una forma válida o expresiva. Desde 1.955 el Instituto Nacional de Estadística publica las "estadísticas judiciales" con el número de condenados por la jurisdicción penal. Otra fuente de datos es la "Memoria Anual de la Fiscalía del Tribunal Supremo". Las estadísticas policiales no se publican oficialmente, aunque sí algunos datos parciales como por ejemplo la "Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilegal de drogas" (1.987).

Esta situación estadística precaria en nuestro País es puesta de manifiesto por MUÑOZ CONDE en 1.989, en su "Introducción a la Criminología y Derecho Penal" conjuntamente con HASSEMER, W.

Resulta materialmente imposible, por tanto poder conocer cifras como el número de procesos que valoran una Enajenación

.../...

Mental, el número de delincuentes mentalmente enfermos que son acusados de tal o cual delito, el número de personas a las que se aplican medidas de seguridad, etc..., en un período de tiempo dado.

Además de la falta de detalle de lo publicado hay que tener en cuenta el considerable retraso con que se editan las estadísticas judiciales, por ejemplo, las del 1.986 se han publicado en 1.989. De otra parte lo publicado se refiere a lo juzgado y no a los delitos ocurrido en el año. Se podrían conocer, por tanto, los actos delictivos juzgado en el año, pero que cronológicamente corresponderían hasta a dos o tres años antes, dado el retraso de la actividad judicial.

Es posible que gran parte de estas dificultades queden subsanadas cuando culmine el proyecto de informatizar los archivos en el Centro de Datos del Ministerio de Justicia. Es previsible que para entonces se pueda acceder a la información documental de toda la Jurisprudencia del Tribunal Supremo. Este sistema agilizará y facilitará el análisis de sus contenidos a través de descriptores específicos (MEMORIA FISCAL DEL SUPREMO, 1.988).

.../...

Revisadas dichas fuentes documentales, hay que considerar que ni la Memoria Fiscal del Tribunal Supremo ni la del Consejo General del Poder Judicial, ni las estadísticas del I.N.E., contienen datos pormenorizados de interés para encuadrar nuestra investigación.

Desde un punto de vista general, en la bibliografía consultada, aparecen algunos porcentajes que pueden tener cierto valor. En Europa, el porcentaje de casos penales en los que interviene la psiquiatría, parece situarse entre un 5-8% de los casos (LAFON 1.975 de París; CANEPA 1.976 de Génova; ROBERT, 1.984 de Ginebra).

En U.S.A., COPELAND en 1.989, habla de problemas psiquiátricos en un 4,7% de un total de casos de homicidios múltiples.

GARCIA DE PABLOS (1.988), comenta que en muchas investigaciones empíricas dirigidas a comprobar la correlación existente entre determinadas anomalías psíquicas y el comportamiento criminal: "sus resultados, equivocados, desconcertantes e incluso contradictorios, dan pié a toda suerte de interpretaciones y teorías".

.../...

Estudios realizados entre 1.918 y 1.970 y recopilados por BRODSKY en 1.972 (cit. por GARCIA DE PABLOS) detectaban entre un 1 y un 2% de psicosis entre delincuentes.

Estadísticas referidas a "normalidad" en población reclusa aportan, según recopilación del mismo autor, porcentajes entre un 4,5% a un 85%. La dispersión es igualmente llamativa en lo que se refiere a estudios criminológicos de diversas patologías en las poblaciones de delincuentes "no normales".

Los porcentajes más altos fluctúan entre 28,1% de deficientes intelectuales y 12% de psicóticos (GLUECK 1.950) a 85% de Trastornos de carácter y conducta (SCKELESSINGER y BLAU). La mayoría de estos estudios adolecen de grupo de control, pero parece ser semejante la información suministra los estudios con grupos de control (GARCIA DE PABLOS, 1.988).

En 1.969, GUZE, GOOSWIN y CRANE, publican un estudio de seguimiento durante 9 años a 223 delincuentes convictos, encontrando que la sociopatía, el alcoholismo y la drogodependencia eran datos sólidamente unidos o asociados a la conducta delictiva.

El criminólogo HALL WILLIAMS (cit. por el mismo autor) afirmaba

.../...

que salvo excepciones determinadas, la conexión de la enfermedad mental y el crimen es muy reducida (pag. 46 de Cryminology and Criminal Justice), afirmación compatible por la mayoría de los autores (GIBBENS, T.C.N.; GÖPPINGER, H.; LOPEZ REY, M.; GARCIA ANDRADE, J.A.; WING, J.K.; todos ellos citados por GARCIA DE PABLOS en su Manual de Crimonología).

5. 2 .- LA APORTACION DEL PSIQUIATRA AL PROCESO JUDICIAL PENAL

A.- Informes Clínicos y Peritaciones:

"Podrá emplearse la prueba de peritos cuando, para conocer o apreciar algún hecho de influencia en el pleito sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, artísticos o prácticos". Art. 610 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

El perito se configura como "una clase característica pero autónoma de los medios de prueba" (MIDDENDORF 1.989).

Además de la prueba pericial en su sentido estricto (propuesta y practicada según normas procesales) la información del estado mental del procesado puede derivarse de informe médicos y documentales (documentos médicos de asistencia y diagnóstico) aportados a la instrucción sumarial por algunas de las partes y que técnicamente son reconocidos como prueba documental (Art. 602 y siguiente de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Pudiendo ser por tanto el experto médico, persona designada por mandato u oficio o testigo propuesto por la defensa.

La información aportada, tendente a fijar hechos y suministrar

.../...

experiencias (MAULEON, 1.984) es un elemento que queda bajo el arbitrio del Juez, como diligencia de investigación sumarial, no vinculante en sus conclusiones (AVILA ESPADA, A. 1.986; GOMEZ COLOMER J.L. 1.987; FERNANDEZ ENTRALGO, J. 1.990).

El papel del perito, es por tanto, auxiliar del juez, a quien aporta conocimientos especiales, siendo actuación propia del juez la validación de sus conclusiones; juez como "peritus peritorum" (según expresión clásica comentada por PECES MORATE 1.990). Esa validación ó apreciación de la prueba la hará "según las reglas de la sana crítica, sin estar obligado a sujetarse al dictamen de los peritos" (Art. 632 Ley de Enjuiciamiento Civil), según la "lógica y el sentido común" (MANRESA 1.955, cit. por FERNANDEZ ENTRALGO, 1.990).

Criterios jurisprudenciales recomiendan que el disenso del Tribunal con las conclusiones de los peritos haya ser razonado y "con motivación expresa y de forma justificada..." (Sentencia de Tribunal Constitucional nº 112/1988 de 8 de Junio, ponente Profesora Begué Cantón).

B.- Problemática Inherente al Papel del Psiquiatra en el Proceso:

.../...

En los últimos años y por muchos autores se ha analizado y criticado el rol del médico psiquiatra en el proceso judicial.

POLLACK (1.971, 1.974), definía al psiquiatra forense como "táctico, lógico y clínico". Táctico en cuanto a que entra a formar parte de un sistema donde está en juego una verdad, -a ocultar, matizar ó descubrir según los diferentes intereses de cada una de las partes-. Lógico porque se le piden explicaciones asequibles a una población profana en temas psiquiátricos y sobre todo porque se le cuestiona sobre una relación (enfermedad mental-delito). Clínico en cuanto a que la demanda se le hace como tal conocedor de la enfermedad y cuanto más se aproxima en su papel de médico al procesado más datos obtendrá (WATSON, 1.978).

Se ha reflexionado sobre su papel por autores como MIEVILLE (1.975); LANDRY (1.976); ROBERT (1.977, 1.984). Mientras que por otros como FOUCAULT, CASTEL y SZASZ, se ha hecho una dura crítica.

Las dificultades para evaluar científicamente la relación entre enfermedad y conducta social han llevado a afirmar a autores como THOMAS SZASZ que el psiquiatra no debe prestar

.../...

servicio en el medio judicial, dudando de la existencia de la "responsabilidad penal" (dado que no es un objeto en sí ni un fenómeno natural).

Sin llegar tan lejos, autores como RAPPEPORT, 1.982; ZONANA, 1.984; diferencian el papel del psiquiatra forense del psiquiatra general. Sirviendo el forense a una tercera parte y no siendo su rol clínico ni terapéutico, sino que sufre una "transformación por sus fines".

Hay quien valida con más garantías el testimonio del psiquiatra que haya asistido y tratado al enfermo (PECES MORATE, 1.990), no así quien piensa que no actuará tan objetivamente como haría el psiquiatra-no terapeuta ó el perito funcionario de la justicia (WEINSTEIN, 1980; MENZIES et al. 1982; KENNY, 1.984).

C.- Técnica del Peritaje, Problemas Prácticos:

En opinión de LOPEZ SAINZ y CODON "de todos los peritajes forenses, el más trascendental, complicado y difícil, puesto que su objeto es el mundo interior del hombre, su misteriosa e insondable, en ocasiones, entidad anímica, es el peritaje psiquiátrico".

.../...

La técnica del peritaje queda definida por dos elementos fundamentales: por un lado la exploración e investigación clínica y por otro la elaboración de un informe que recoja las conclusiones derivadas de esa exploración.

A lo largo del desarrollo de la Psiquiatría Forense se han sugerido esquemas y protocolos que pueden servir de guía para la exposición del informe (en nuestro medio VIVES i BIEL, 1.986; CRIADO PUIGDOLLERS 1.987).

Ya en 1.928 WEYGANDT proponía fórmulas diferentes para el informe del perito si éste seguía la orden del Juez de informar sobre la enajenación o privación del libre albedrío, o si deseaba exponer los hechos "atendiendo a un criterio estrictamente médico, sin entrometerse en el terreno jurídico".

Todas las sugerencias que se han hecho van desde la exposición de los hechos ó problemas que se plantean, pasando por la historia clínica, anamnesis y psicobiografía. Las exploraciones y pruebas complementarias darán mayor respaldo científico a algunas afirmaciones (BLUGLASS, 1.981) y otros datos basados en la observación y en la experiencia del perito serán conclu-

.../...

siones más hipótéticas o datos más débiles (CALCEDO ORDOÑEZ, 1.982; AVILA ESPADA, 1.986).

GOLDSTEIN en 1.987, explicaba que los psiquiatras habían sido criticados por exponer hipótesis frecuentemente inestables y demasiado basadas en datos de dudosa validez.

El informe se completaría por la discusión médico-legal, aportando al fin conclusiones concisas y concretas.

En la exactitud de dichas conclusiones estarían centradas la tensión y las habituales dificultades de comprensión entre tribunales y peritos. Las ingerencias clínicas que son tolerables y aceptables en la clínica, no son aceptables en el Tribunal para el que "razonable probabilidad médica" puede no ser suficiente (ZONANA, 1.984).

RAPPEPORT, el que fuera primer Presidente de la Academia Americana de Psiquiatría y Ley, proponía a manera de guía, que las opiniones se sustentaran en datos y que fuesen distinguibles de los actos científicos o de las impresiones clínicas. Desaconsejando formalmente la utilización de ideas nuevas

.../...

o inusuales o teorías personales para explicar las conductas (en el mismo sentido se expresaron otros autores, como SADOFF, 1.981 cit. por WEINSTEIN, 1.984).

La práctica de la peritación tiene un último momento: la ratificación del informe en el juicio oral y el cuestionamiento que de la información puedan hacer en ese instante jueces y abogados.

Nuestro sistema judicial exige la presencia o la ratificación del informe por dos psiquiatras, lo cual favorece la credibilidad y evita controversias (KENNY, A. 1.984).

Muchos autores del campo de la Psiquiatría Forense se han planteado el problema de la credibilidad, aspecto de vital importancia para el testimonio (GOLDSTEIN, 1.988).

DIAMOND, en 1.959, hablaba de "la falacia de la imparcialidad del experto (cit. por WEINSTEIN en 1.984). El británico BEYAERT en 1.982 y el norteamericano GORMAN (1.983), sugerían fórmulas para disminuir el grado de parcialidad en el testimonio del experto-psiquiatra.

.../...

LANDRY formulaba en 1.976 su deseo de que algún día la justicia fuese capaz de interrogarse sobre el interés y el valor científico de las explicaciones que le libran los especialistas a los cuales ha llamado para el uso que de ellas pueda hacer.

.../...

5. 3 .- P E R S P E C T I V A H I S T O R I C A .-

En los años a que se refiere nuestro estudio (1.977, 1.978 y 1.987, 1.988) se produce una importante evolución de los marcos de referencia político-legal y clínico-psiquiátrico. De una parte la promulgación de la Constitución Española de 1.978 y la Reforma Parcial del Código Penal de 1.983 y de otra parte la implantación a nivel internacional de unas clasificaciones diagnósticas que uniforman la Nosografía Psiquiátrica.

Se analiza la jurisprudencia en materia de enfermedad mental de los años 1.977 y 1.978. Años que corresponden al período de la historia española denominada "transición". Cuando, tras las primeras elecciones democráticas, los partidos políticos optan por la reforma y no por la ruptura y consensuan la redacción y aprobación de la Constitución de 29 de Diciembre de 1.978.

En opinión del Magistrado FERNANDEZ DEL TORCO ALONSO, la intromisión de la Constitución, consecuencia lógica de un

.../...

Estado Social y Democrático, ha esbozado la necesidad de compatibilizar los valores superiores "libertad de los ciudadanos", por un lado, con el de "alarma social" que causan ciertas conductas relevantes para el Derecho Penal, por otro, pero sin olvidar el principio de igualdad, con especial concreción en el campo de la Sanidad y Asistencia Social.

La presencia de la Constitución en la vida jurídica ha impuesto "un distinto entendimiento de todo el Ordenamiento Jurídico que ha de ser interpretado desde entonces conforme a los principios y mandatos de la Ley Fundamental" (Sentencia de Tribunal Supremo de 31 de Octubre de 1.988, ponente D. Enrique Ruiz Vadillo).

A este sustancial cambio de la perspectiva legal se une la Reforma del Código Penal de 1.983, que surge, para FERNANDEZ DEL TORCO ALONSO, de la problemática de ciertas situaciones penales y penitenciarias en la que cabe incluir "el enfermo mental". Brindando soluciones alternativas al internamiento, "superando la vieja concepción jurisprudencial de que la única respuesta a la enfermedad mental era la reclusión psiquiátrica indefinida".

.../...

Para TERRADILLOS (Tratamiento Jurídico-Penal de la Enajenación) el nuevo número 1 del artículo 8 del Código Penal debe abordarse desde la perspectiva de los principios constitucionales, porque, "a partir de ellos, el tratamiento a dispensar al enajenado que delinque tomará la forma de derecho subjetivo a la participación igualitaria, por encima de su caracterización como medida coactiva".

En cuanto a la evolución del marco de referencia nosológico partimos de la base de que la Nosografía Psiquiátrica permite la utilización de una nomenclatura referida a las enfermedades mentales que funcione como "símbolos eficientes", que reúnan una serie de datos que tienen lugar y que requerirían mayor número de términos descriptivos (SPITZER, R. y WILSON, P.T. en Tratado de FREEDMAN, KAPLAN y SADOCK). Definidas por PICHOT (1.988) como "instrumentos prácticos y estímulos poderosos para la reflexión y la investigación en Psiquiatría", las clasificaciones se imponen durante las décadas de los 70 y los 80.

Cuando la O.M.S., publica en los años 77-78 su International Classification of Diseases (ICD-8) parece que por primera vez en la historia hay un conjunto uniforme de definiciones de términos de diagnóstico para su uso internacional (según

.../...

autores citados).

La Asociación Americana de Psiquiatría publica en 1.952 su Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (DSM-I) basada en conceptos de KRAEPELIN, BLEULER y FREUD, e influenciadas por la noción de "tipos de reacción" de ADOFF MEYER. Trás la revisión DSM-II de 1.965, efectiva desde el año 67-68 (SPITZER, R.), aparece en 1.980 la DSM-III, revisada a principios del 87 (DSM-III-R), que se extiende rápidamente en su uso clínico en interés de las estadística y los computadores y dando respuesta a los aspectos técnicos necesitados de generalización internacional.

Su utilización permitiría al psiquiatra ante el Tribunal el uso apropiado de conceptos y daría a su testimonio de experto un aspecto más científico (BELLUSI, 1.988; SHUMAN, 1.989). Aportando una terminología actualizada y unitaria, posiblemente podría evitarse el uso por los Tribunales de una nomenclatura psiquiátrica "discordante con la habitualmente usada en Psicología y Psiquiatría" (GOMEZ COLOMER, 1.987, sobre la Jurisprudencia española hasta el año 1.984).

.../...

6. MATERIAL Y METODO

6. MATERIAL Y METODO.-

Se consideró como caso para la presente investigación a toda sentencia de lo Penal del Tribunal Supremo (Sala 2ª), recogida en los Anales Jurisprudenciales de los años 1.977, 1.978, 1.987 y 1.988 en las que aparecieran referencias a patología psiquiátrica.

En esa línea se revisaron los índices del Repertorio de Jurisprudencia de la Editorial Aranzadi correspondientes a los años referidos, a fin de detectar las sentencias con indicación de trastorno psíquico. Esta detección llevo consigo una serie de actuaciones encaminadas a definir la muestra.

Un primer paso en el proceso de selección de las sentencias consistió en la identificación en el índice de las voces o descriptores que, de alguna manera, podían operar como referentes de trastorno psíquico.

Las voces utilizadas al fin propuesto fueron las correspondientes a:

.../...

1.- Atenuantes y Eximentes (Enajenación Mental, Trastorno Mental Transitorio, Arrebato y Obcecación, Embriaguez, Alteraciones en la percepción).

2.- Entidades clínicas citadas como tales (Psicopatía, Oligofrenia, Psicosis, Epilepsia, Drogadicción, Neurosis, Alcoholismo...).

3.- Figuras delictivas que pudieran tener relación con patología mental (Abusos Deshonestos, Exhibicionismo, Auxilio o Inducción al Suicidio, Abandono de Familia...).

4.- Informes Médicos y Pruebas Periciales.

Un segundo paso consistió en la depuración de la muestra en función de que cumplieran criterios de inclusión y de exclusión previamente definidos.

Fueron criterios de inclusión en nuestra casuística, esto es, caso sentenciado en lo Penal por el Tribunal Supremo con referencia psiquiátrica, cuando en la sentencia considerada aparecían algunos de los siguientes extremos:

.../...

1.- Referencias legales explícitas de excención de responsabilidad basada en Enajenación, Trastorno Mental Transitorio o Alteración en la Percepción.

2.- Referencias explícitas de responsabilidad atenuada basadas en las anteriores eximentes consideradas como incompletas.

3.- Referencias legal de Embriaguez en tanto que atenuante de responsabilidad.

4.- Referencia de sintomatología psiquiátrica en la sentencia aún cuando ésta no modificase la responsabilidad.

5.- Referencias explícitas a sintomatología psiquiátrica aunque no fuese motivo de la argumentación de la sentencia.

Fueron excluidos los fallos del Tribunal Supremo cuyas referencias eran meramente psicológicas, considerándose así las reacciones emocionales (como el miedo, la pasión o la cólera) y las referencias a la conducta o al psiquismo siempre que no hicieran alusión a alguna patología del sujeto.

.../...

Así mismo se excluyeron las sentencias de "Drogadicción" en las que no aparecían referencias a patología psiquiátrica distinta de la simple dependencia o del síndrome de abstinencia.

Se diseñó una ficha para determinar en cada sentencia seleccionada una serie de aspectos aún a sabiendas de que no en toda la casuística iban a aparecer, dada la limitación impuesta por el contenido de cada una de ellas. Con esas fichas se conformó una Base de Datos por ordenador (Ver modelo ficha pág. 123).

Cada uno de los campos de la ficha se definió con arreglo a criterios previamente establecidos clasificándose toda la información recogida como:

- 1.- Datos de identificación
- 2.- Datos criminológicos
- 3.- Datos psiquiátricos
- 4.- Datos psiquiátrico-legales
- 5.- Datos legales y jurisprudenciales
- 6.- Otros datos

.../...

1.- DATOS DE IDENTIFICACION:

-Número de Referencia del Aranzadi

-Fecha

-Ponente-Magistrado

-Sexo del procesado

2.- DATOS CRIMINOLOGICOS:

-Delitos. Se agruparon éstos en cuatro grandes bloques:

1.- Delitos contra la vida y la salud (lesiones, homicidio, asesinato, parricidio, infanticidio).

2.- Delitos contra el patrimonio (hurto, robo, atraco, incendio, daños, fraude).

3.- Delitos contra la libertad sexual (estupro, abusos deshonestos, violación, exhibicionismo).

4.- Otros delitos (contra la seguridad del Estado, falsedades, contra la hacienda pública, contra el honor, infracciones de leyes específicas).

-Aproximación descriptiva: Se valoró como aproximación descriptiva positiva o "especificada" cuando existían referen-

.../...

cias a los hechos, lo que en lenguaje jurídico se denomina "Factum". Lo que ocurrió y como ocurrió, dado que el relato de los hechos supone el comienzo de todo proceso legal y esa narración debe contener todos los datos que sirvan de soporte para la apreciación de circunstancias modificativas de responsabilidad entre las que se encuentra la alteración psicopatológica. Se manejaron dos alternativas en función de que se hicieran o no referencias a los hechos.

-Aproximación comprensiva: Recogimos en este apartado las referencias a la especial situación del agente o de la víctima. Valoramos su existencia cuando aparecían apreciaciones de carácter subjetivo, relativas a la individualidad, definiendo particularidades íntimas o emocionales de los protagonistas del hecho delictivo. La relación de sentido, conexión de motivos y factores psicológicos que expliquen o intenten explicar desde el agente o la víctima lo acontecido.

-Contexto: ambiente en que los hechos se desarrollaron, el medio donde tiene lugar el delito. Las diferentes posibilidades se clasificaron en:

.../...

- * Familiar (doméstico, conyugal, parentesco, etc.).
- * Vecindad (escalera, lindes de fincas, patios de vecindad, etc.).
- * Lugar público (bar, vía pública, local comercial).
- * Descampado (lugar solitario, piso vacío, etc.).
- * Grupo (de amigos, banda, asociación de varias personas).
- * Inespecificado (sin referencias al contexto).

3.- DATOS PSIQUIATRICOS:

-Elementos nosológicos: se valoró como "especificado" cuando en la sentencia se hacían referencias que etiquetaban o tipificaban la enfermedad. Estos elementos nos pondrían de manifiesto la taxonomía utilizada por el Tribunal Supremo.

-Elementos clínico-psicopatológicos: se recogió la existencia o no de referencias a sintomatología o datos clínicos de la enfermedad o características del trastorno que se tratase tal y cómo se reflejaban en cada sentencia.

-Referencias dinámicas: se registró cómo "especificado"

.../...

cuando en la sentencia se hacia referencia a conceptos psicodinámicos: inconsciente, conflicto, complejo, instancias del Yo. Se registró como "inespecificado" cuando no aparecían.

-Referencias etiológicas: se registró la existencia o no de datos sobre el origen congénito, si era definida como genéticamente determinada, por abusos de drogas, o se hablaba de psicogénesis o problemas socio-familiares.

-Referencias pronósticas: se contabilizó la existencia o no de argumentaciones sobre la evolución de la enfermedad.

-Referencias terapéuticas: cualquier tipo de alusión al tratamiento, posible o efectivo, así como referencias explícitas a la ausencia de éste. Como en apartados anteriores se manejaron dos posibilidades, si las referencias aparecían o no.

-Diagnóstico: mediante los datos anteriores se intentó tipificar en este epígrafe el diagnóstico genérico o sindrómico que facilitara la clasificación de la muestra, tomando como referente las concepciones diagnósticas de la Organización

.../...

Mundial de la Salud. Según esto se agruparon en:

1. Desviaciones Sexuales.
2. Trastornos de personalidad.
3. Embriaguez y Alcoholismo.
4. Psicosis (Esquizofrénica, Maníaco-Depresiva, Tóxica, Residual, etc.).
5. Oligofrenias y Deficiencias Intelectuales.
6. Epilepsia y Síndrome de Afectación Cerebral.
7. Neurosis.
8. Otros.
9. Inespecificado.

4.- DATOS PSIQUIATRICO-LEGALES:

-Peritaciones e informes médicos: en este apartado nos propusimos registrar cualquier referencia a informe médicos forenses, psicológicos o periciales que sirvieran de apoyatura a la argumentación de la sentencia-caso. Dada la importancia de este epígrafe para la investigación se anotó además de su existencia, la valoración que de esos informe se hacía, anotándose si la referencia era "positiva" esto es, aceptada

.../...

o considerada de valor para el proceso, o si por el contrario la referencia era "negativa", esto es, deshechada o desestimada. En ambos casos se tuvo en cuenta en base a qué argumentos se aceptaba o se rechazaba.

-Referencias sobre Imputabilidad: bajo éste epígrafe se registraron las argumentaciones sobre imputabilidad, las consideraciones doctrinales y razonamientos encaminados a clarificar la valoración de la imputabilidad del procesado con trastornos psiquiátricos. En el segundo periodo se registró en este apartado cuando se hacía referencia explícita a la Constitución.

5.- DATOS LEGALES Y JURISPRUDENCIALES:

-Calificación legal: se denominó así a cómo era considerado el enfermo en función de su imputabilidad clasificando las diferentes posibilidades en:

1. Imputable.
2. Atenuante.
3. Eximente incompleta.

.../...

4. Inimputable.

5. Inespecificada.

-Acuerdo: en este epígrafe se registró si había o no admisión del recurso de casación.

-Sentencias Anteriores: En éste campo se anotaron las apoyaturas en sentencias ya emitidas y que eran citadas como precedentes de doctrina. Considerándose importante constatar a que años correspondían. Las referencias se clasificaron según varias posibilidades:

* Ninguna

* Una

* De 1 a 3

* Más de 3

6.- OTROS DATOS:

Otros tipos de argumentaciones posibles en los que el fallo podría estar sustentado fueron:

.../...

-Datos Sociológicos: se anotó si existían o nó en la sentencia referencias a lo social y cultural, a la convivencia y normas sociales, así como a la sociedad en su conjunto, al ambiente social donde se desarrollaba o sobre el que recaía el hecho delictivo.

-Datos Morales: se registró la existencia o nó de referencias explícitas a la ética, la moral, los valores o conceptos semejantes.

X X X X X X X X

Se definió como PRIMER PERIODO a los años 1.977 y 1.978 y como SEGUNDO PERIODO a los años 1.987 y 1.988.

X X X X X X X

El modelo de ficha utilizado quedó, por tanto, según el siguiente diseño:

.../...

F I C H A

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

- | | |
|--------------------|----------------------|
| -Nº Sentencia (RA) | - Fecha |
| -Magistrado | - Sexo del Procesado |

II.- DATOS CRIMINOLOGICOS:

- | | |
|---------------------------|----------------|
| -Delito: contra la vida | |
| contra el patrimonio | |
| contra la libertad sexual | |
| otros delitos | |
| -Aproximación descriptiva | |
| -Aproximación comprensiva | |
| -Contexto: familiar | descampado |
| vecindad | grupo |
| lugar público | inespecificado |

III.- DATOS PSIQUIATRICOS:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| -Elementos nosológicos | |
| -Elementos clínico-psicopatológicos | |
| -Referencias dinámicas | |
| - " etiológicas | |
| - " pronósticas | |
| - " terapéuticas | |
| -Diagnóstico: Neurosis | |
| Psicosis | |
| Embriaguez-alcoholismo | |
| Oligofrenia | |
| Psicopatía | |
| Epilepsia | |
| Desviación sexual | |
| Otros | |
| Inespecificado | |

IV.- DATOS PSIQUIATRICO-LEGALES:

- | |
|----------------------------------|
| -Peritaciones e informes médicos |
| -Referencias sobre Imputabilidad |

V.- DATOS LEGALES Y JURISPRUDENCIALES:

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| -Calificación legal: Imputable | Inimputable |
| Atenuante | Inespecificada |
| Eximente incompleta | |
| -Acuerdo (casación o nó) | |
| -Sentencias anteriores | |

VI.- OTROS DATOS:

- | |
|---------------|
| -Sociológicos |
| -Morales |
- *****

El estudio estadístico de la muestra se planteó, en una primera aproximación, como un análisis de la incidencia de cada una de las variables definidas en la ficha, en uno y otro período de tiempo y en el total. Se intentó así poner de manifiesto las diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro período. Para el tratamiento de los datos utilizamos el paquete estadístico BMDP Statistical Software (Universidad de California). Se realizó en primer lugar un estudio de tipo descriptivo, para luego pasar a analizar las relaciones de dependencia entre variables dos a dos en cada uno de los períodos de tiempo considerados. Estimando, como de mayor importancia, la relación entre la variable "Diagnóstico" y las demás, por la información que podía aportar dicha relación. También se estudió la evolución individual de cada una de las variables a lo largo de los citados períodos. La técnica que se empleó fué la basada en el estadístico Chi Cuadrado de Pearson (con la corrección de Yates cuando la tabla es 2X2). Como mínimo valor esperado para el test tomamos el 0,5 aceptado habitualmente en los estudios de Medicina. El nivel de significación (α) se fijó en 0,05.

X X X X X X X X

.../...

Desde el punto de vista cualitativo se pretendió interpretar el contenido de algunos de los campos significativos en cuanto a la información concreta que podían contener.

De los datos definidos anteriormente como "PSIQUIATRICOS" se consideró interesante ver los **elementos clínicos y nosológicos** que enmarcaban conceptualmente y desde la Jurisprudencia las categorías diagnósticas clasificadas en el epígrafe "**Diagnóstico**", para determinar el marco conceptual dominante en uno y otro período.

De los datos calificados como "PSIQUIATRICO-LEGALES" se pretendió analizar no sólo la incidencia de referencias a **informes y peritaciones** en las sentencias sino la forma en que éstos eran valorados por el Tribunal Supremo y en base a qué argumentos se aceptaban o desestimaban. De la misma manera se consideró que la información contenida en el epígrafe "Imputabilidad" iba a definir el marco doctrinal de valoración de la **responsabilidad** del procesado afecto de la patología clasificada según el epígrafe "Diagnóstico".

.../...

7. R E S U L T A D O S

7.1. INCIDENCIA DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN SENTENCIAS
DE LO PENAL DEL TRIBUNAL SUPREMO
AÑOS 1977, 1978, 1987, 1988

AÑOS	Total de Sentencias (*)	Sentencias Penales (**)	Sentencias revisadas (***)	Sentencias casos (****)
1977	5.083	2.048	77	26
1978	4.576	2.074	122	42
1987	9.958	3.712	184	60
1988	10.350	5.697	165	75

(*) Referencias de Anuario de Jurisprudencia de Edit. Aranzadi.

(**) Según Memoria Judicial del Supremo.

(***) Según descriptores del índice de posible implicación psiquiátrica.

(****) Sentencia con referencia explícita de tipo psiquiátrico.

.../...

C A S U I S T I C A . -

TOTAL DE CASOS: 203 Sentencias.

Correspondientes al primer período: 68 Sentencias.

Correspondientes al segundo período: 135 Sentencias.

PORCENTAJES DE SENTENCIAS-CASO:

Primer Período (años 1.977 y 1.978) = 1,65 % de Sentencias.

Segundo Período (años 1.987 y 1.988) = 1,44% de Sentencias de lo

Penal del Tribunal Supremo.

DATOS DE IDENTIFICACION.-

PRIMER PERIODO (Años 1.977 y 1.978):

Número de Referencia del Aranzadi (RA) y fechas de sentencias seleccionadas de los años 1.977 y 1.978:

RA: 49 - (20-Ene-77)
 50 - (20-Ene-77)
 99 - (25-Ene-77)
 186 - (28-Ene-77)
 413 - (08-Feb-77)
 420 - (09-Feb-77)
 482 - (11-Feb-77)
 656 - (26-Feb-77)

RA: 74 - (18-Ene-78)
 106 - (27-Ene-78)
 421 - (10-Feb-78)
 460 - (20-Feb-78)
 483 - (21-Feb-78)
 529 - (28-Feb-78)
 775 - (04-Mar-78)
 936 - (14-Mar-78)

.../...

673 - (24-Feb-77)	937 - (14-Mar-78)
847 - (01-Mar-77)	1045 - (20-Mar-78)
939 - (04-Mar-77)	1085 - (30-Mar-78)
947 - (05-Mar-77)	1289 - (04-Apr-78)
1303 - (25-Mar-77)	1302 - (10-Apr-78)
1324 - (29-Mar-77)	1323 - (10-Apr-78)
1325 - (30-Mar-77)	1328 - (11-Apr-78)
1641 - (12-Apr-77)	1469 - (19-Apr-78)
1731 - (22-Apr-77)	2022 - (22-May-78)
1771 - (25-Apr-77)	2034 - (23-May-78)
1838 - (27-Apr-77)	2225 - (02-Jun-78)
2270 - (12-May-77)	2394 - (13-Jun-78)
2453 - (27-May-77)	2617 - (22-Jun-78)
3591 - (30-Sep-77)	2619 - (23-Jun-78)
3856 - (14-Sep-77)	2638 - (16-Jun-78)
4213 - (07-Nov-77)	2639 - (16-Jun-78)
4919 - (20-Dic-77)	2790 - (03-Jul-78)
5043 - (30-Dic-77)	2793 - (04-Jul-78)
	3141 - (10-Oct-78)
	3229 - (17-Oct-78)
	3251 - (21-Oct-78)
	3339 - (27-Oct-78)
	3358 - (30-Oct-78)
	3371 - (04-Nov-78)
	3374 - (04-Nov-78)
	3414 - (07-Nov-78)
	3746 - (22-Nov-78)
	3812 - (27-Nov-78)
	3813 - (30-Nov-78)
	3840 - (30-Nov-78)

.../...

3877 - (05-Dic-78)

4116 - (25-Nov-78)

4133 - (14-Dic-78)

4291 - (22-Dic-78)

SEGUNDO PERIODO (Años 1.987 y 1.988):

Número de Referencia del Aranzadi (RA y fechas de sentencias
seleccionadas de los años 1.987 y 1.988:

RA: 445 - (22-Ene-87)

1253 - (14-Feb-87)

1254 - (14-Feb-87)

2024 - (09-Abr-87)

2161 - (14-Abr-87)

2196 - (23-Mar-87)

2225 - (27-Mar-87)

2238 - (30-Mar-87)

2465 - (07-Abr-87)

2472 - (09-Abr-87)

2473 - (09-Abr-87)

2577 - (20-Abr-87)

2579 - (20-Abr-87)

2617 - (27-Abr-87)

2623 - (21-Abr-87)

2638 - (30-Abr-87)

3004 - (04-May-87)

3029 - (08-May-87)

RA: 236 - (05-Ene-88)

416 - (22-Ene-88)

449 - (25-Ene-88)

508 - (29-Ene-88)

526 - (29-Ene-88)

828 - (01-Feb-88)

835 - (02-Feb-88)

842 - (02-Feb-88)

1015 - (12-Feb-88)

1060 - (15-Feb-88)

1066 - (15-Feb-88)

1083 - (16-Feb-88)

1092 - (16-Feb-88)

1095 - (16-Feb-88)

1198 - (19-Feb-88)

1221 - (22-Feb-88)

1227 - (23-Feb-88)

1336 - (27-Feb-88)

.../...

3066 - (14-May-87)	1338 - (29-Feb-88)
3099 - (20-May-87)	1341 - (29-Feb-88)
3140 - (27-May-87)	1359 - (29-Feb-88)
4053 - (30-May-87)	1516 - (02-Mar-88)
4958 - (17-Jun-87)	1586 - (07-Mar-88)
4971 - (19-Jun-87)	1622 - (11-Mar-88)
4977 - (20-Jun-87)	2018 - (15-Mar-88)
4991 - (22-Jun-87)	2032 - (16-Mar-88)
4998 - (24-Jun-87)	2046 - (21-Mar-88)
5152 - (03-Jul-87)	2077 - (22-Mar-88)
5173 - (06-Jul-87)	2114 - (28-Mar-88)
5307 - (09-Jul-87)	2721 - (05-Apr-88)
5310 - (10-Jul-87)	2732 - (06-Apr-88)
5326 - (11-Jul-87)	2744 - (06-Apr-88)
5328 - (13-Jul-87)	2747 - (07-Apr-88)
5535 - (15-Jul-87)	2754 - (07-Apr-88)
5539 - (15-Jul-87)	3474 - (04-May-88)
5568 - (20-Jul-87)	3521 - (10-May-88)
5572 - (20-Jul-87)	3523 - (10-May-88)
5596 - (21-Jul-87)	3661 - (16-May-88)
5607 - (22-Jul-87)	4136 - (31-May-88)
5623 - (24-Jul-87)	4420 - (03-Jun-88)
6308 - (24-Jul-87)	4476 - (06-Jun-88)
6465 - (16-Sep-87)	4591 - (10-Jun-88)
6623 - (23-Sep-87)	4706 - (13-Jun-88)
6638 - (25-Sep-87)	5026 - (16-Jun-88)
6651 - (29-Sep-87)	5040 - (17-Jun-88)
6919 - (30-Sep-87)	5310 - (23-Jun-88)
6949 - (03-Oct-87)	5371 - (27-Jun-88)
7261 - (08-Oct-87)	5382 - (29-Jun-88)

.../...

7286 - (10-Oct-87)	6487 - (05-Jul-88)
7369 - (14-Oct-87)	6539 - (11-Jul-88)
7508 - (20-Oct-87)	6648 - (22-Jul-88)
7571 - (22-Oct-87)	6788 - (17-Sep-88)
7572 - (22-Oct-87)	6797 - (19-Sep-88)
7602 - (26-Oct-87)	6987 - (22-Sep-88)
8475 - (07-Nov-87)	7062 - (27-Sep-88)
8496 - (11-Nov-87)	7065 - (27-Sep-88)
9405 - (30-Nov-87)	7649 - (04-Oct-88)
9515 - (01-Dic-87)	7667 - (05-Oct-88)
9517 - (01-Dic-87)	7901 - (10-Oct-88)
9776 - (15-Dic-87)	8076 - (21-Oct-88)
	8237 - (29-Oct-88)
	8253 - (31-Oct-88)
	8375 - (20-Oct-88)
	8404 - (26-Oct-88)
	8817 - (02-Nov-88)
	8956 - (02-Nov-88)
	9177 - (17-Nov-88)
	9228 - (22-Nov-88)
	9251 - (29-Nov-88)
	9376 - (09-Dic-88)
	9508 - (14-Dic-88)
	9519 - (16-Dic-88)
	9521 - (16-Dic-88)
	9695 - (27-Dic-88)
	10301 - (15-Dic-88)

SEXO: La distribución de los casos en cuanto al sexo de los procesados queda de la siguiente forma:

.../...

<u>SEXO</u>	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>	<u>TOTAL</u>
Varones(v):	64 (94,1%)	129 (95,6%)	193
Mujeres(m):	4 (5,9%)	6 (4,4%)	10

7.2.DATOS CRIMINOLOGICOS.-

DELITOS: Los hechos delictivos agrupados según lo expuesto en el "Material y Método" se distribuyen de la siguiente forma:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Delitos contra la vida	19	49
Delitos contra el patrimonio ...	16	52
Delitos contra la libertad sexual..24		18
Otros delitos	9	16

APROXIMACION DESCRIPTIVA: La descripción de los hechos aparece expresamente en el número de sentencias que recoge la tabla siguiente:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Especificada	46	88
Inespecificada	22	47

.../...

APROXIMACION COMPRENSIVA: Las referencias a lo subjetivo del procesado o la victima se distribuyen de la siguiente manera:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Especificada	47	78
Inespecificada	21	57

Contabilizándose referencias del tipo: "hirió profundamente sus sentimientos" (RA 3812/78); "en la difícil edad que va de la niñez a la pubertad" (RA 3813/78); "no puede suponersele otra intención que la libidinosa" (RA 1302/78); "ofuscado por los celos y en un estado de sobreexcitación" (RA 3229/78); "consentimiento prestado sin libertad" (RA 3066/87); "planteamiento frio y calculado" (RA 4871/87); "concibió la idea de matar a su contrincante" (RA 416/88); "profundamente enemistado..." (RA 1359/88).

CONTEXTO: Las distintas posibilidades de contexto donde tuvo lugar el delito se distribuyeron según la siguiente tabla:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Familiar	10	17

.../...

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Vecindad	4	3
Público	20	29
Descampado	5	6
Grupo	4	5
Inespecificado	25	75

7.3. DATOS PSIQUIATRICOS.-

Los elementos de contenido psiquiátrico incluidos en la argumentación de las sentencias se distribuyeron de la siguiente manera:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
ELEMENTOS NOSOLOGICOS:		
*Especificados	29	79
*No especificados	39	56
DATOS CLINICO-PSICOPATOLOGICOS:		
*Especificados	32	91
*No especificados	36	44

Analizaremos más adelante el contenido de estos dos epígrafes

.../...

conjuntamente con el denominado en el "Material y Método" DIAGNOSTICO, para determinar el marco conceptual de referencia en cada uno de los períodos (Ref. en Apéndice II pág. 348-370).

77-7887-88

REFERENCIAS DINAMICAS:

*Especificadas.....	11	.....	6
*No especificadas.....	57	.....	129

Se recogieron conceptos y términos psicoanalíticos, como libido, ego, mecanismos defensivos del yo, conflictos y frustraciones o vida instintiva.

REFERENCIAS ETIOLOGICAS:

*Especificadas.....	16	.....	37
*No especificadas.....	52	.....	98

Se tuvieron en cuenta referencias a la etiología de los procesos morbosos; ya fueran constitucionales, tóxicos, congénitos o psíquicos.

.../...

77-7887-88**REFERENCIAS PRONOSTICAS:**

*Especificadas.....	5	.....	12
*No especificadas.....	63	.....	123

Se registraron datos referentes a la posibilidad de evolución hacia un trastorno más grave (RA: 3251/78, 1253/87), a la probabilidad de aparición de conductas peligrosas (RA: 3358/78, 3523/88, 4476/88) o a la incurabilidad de la anormalidad: (RA: 2639/78, 8496/87, 6648/88, 9376/88).

REFERENCIAS TERAPEUTICAS:

*Especificadas.....	4	.....	19
*No especificadas.....	64	.....	116

Eran referencias alusivas a la existencia o no de tratamiento anterior, posibilidad de tratamiento o el internamiento como medida de seguridad (RA: 1253/87, 3099/87, 5310/87, 416/88, 6487/88, 6648/88, 7649/88, 8076/88, 9521/88).

DIAGNOSTICO: Según los definidos en el "Material y Método"

.../...

se agruparon los casos en las siguientes categorías diagnósticas:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Desviación sexual.....	6	1
Trastornos de personalidad.....	14	40
Embriaguez-Alcoholismo.....	15	27
Psicosis.....	3	8
Oligofrenia.....	7	16
Epilepsia.....	2	10
Neurosis.....	5	6
Otros.....	2	7
No especificados.....	14	20

7.4. DATOS PSIQUIATRICOS-LEGALES.-

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
PERITACIONES:		
*Especificadas.....	20	61
*No especificadas.....	48	74

.../...

7.4.a.-

REFERENCIAS PERICIALES ENCONTRADAS EN LOS AÑOS 1977 y 1978.

*En el Primer Período, de las veinte sentencias en que se hace referencia explícita a informes médicos y/o peritaciones se valoran **positivamente** en diez de ellas:

RA: 1641/77: Caso de estupro en el que se estima "...conseguido el yacimiento carnal por la debilidad mental de la ofendida..." (fijada la Edad Mental por el Instituto Nacional de Previsión).

RA: 2034/78: Caso de violación en que se valora la Oligofrenia de la víctima en función de las "pruebas periciales psiquiátricas".

RA: 2619/78: La sentencia de instancia desestimó "aunque no se razonara" la atenuante (1ª del art.9 en relación con la eximente 1ª del art.8) de "psiconeurosis obsesiva" cuando el resultado pericial "sobre la prueba propuesta es que el recurrente es un simulador y por tanto un responsable total".

RA: 2638/78: Caso de robo con homicidio en el que "el dictámen de los peritos médicos, que tampoco consta que haya sido contradictorio con lo que se declara probado...".

RA: 2790/78: Se admite el recurso de casación por quebrantamien-

.../...

to de forma por haberse denegado en el Tribunal de Instancia la prueba pericial psiquiátrica "propuesta en tiempo y forma".

RA: 3358/78: Delito de parricidio en el que se aprecia eximente incompleta de enajenación mental según pruebas y dictámenes médicos-periciales: Informe del Médico Forense el día de autos, dos informes sucesivos del Director y Jefe Clínico del Hospital Psiquiátrico donde es ingresado a instancias del forense, comparecencia de peritos en el juicio oral ratificándose y aclarando sus precedentes dictámenes e informe de la Dirección del Hospital "haciendo un sintético historial de los períodos de internamiento y de revisiones semanales periódicas...".

RA: 3374/78: Sentencia por abusos deshonestos y escándalo público, el Tribunal Supremo se refiere a los "dictámenes psiquiátricos obrantes en la causa" y a la valoración de la Sala que "concuerda en un todo con los postulados psiquiátricos dominantes en la materia".

RA: 3414/78: En relación al autor de un delito de homicidio la sentencia del Tribunal Supremo considera que se hace una "minuciosa descripción de la repercusión que la enfermedad ha

.../...

tenido sobre la psiquis del procesado y la correspondiente valoración jurídica" en la sentencia recurrida.

RA: 3746/78: Sentencia por delito contra la salud pública en la que se valora la "estimación pericial".

RA: 3840/78: En proceso por delito de violación se valora que la "prueba pericial psiquiátrica" había sido propuesta "en tiempo y forma" (citándose "tal como procede legalmente, los nombres, apellidos, domicilio y profesión" de los dos psiquiatras designados), por lo que casa y anula la sentencia de Audiencia que no consideró pertinentes las pruebas, "equivaliendo su rechazo a una verdadera denegación apriorística de Justicia y al planteamiento de un debate sin igualdad de oportunidades, donde aparentemente no se va a escuchar más que a una de las partes con mengua evidente de los principios de contradicción y ecuanimidad que deben campear en la fase plenaria del proceso criminal español; ...".

En las otras diez sentencias se valoran **negativamente** las pruebas periciales psiquiátricas:

RA: 99/77: Sentencia por violación en procesado diagnosticado

.../...

cómo "psicópata impulsivo", según los "peritos psiquiatras", la Audiencia se refiere a "hipótesis periciales que no acepta".

RA: 413/77 Sentencia en la que la Sala no admite el recurso por error de hecho en apreciación de las pruebas, ya que "como muchas veces ha reiterado en su doctrina (...) los dictámenes periciales o informes, aunque su procedencia sea de notorias personalidades u organismos, que expongan su opinión sobre una determinada faceta técnica, no pueden estimarse como tales documentos auténticos, ya que sus apreciaciones son valorables libremente por el juzgador criminal de instancia, como meras pruebas personales, resultando su juicio axiológica, superior al de los peritos...".

RA: 673/77: Sentencia en la que se rechaza el único motivo del recurso basado en que se denegó "la prueba pericial, de carácter médico-psiquiátrico, propuesta por la Defensa", pues como razonó la Sala de Instancia en su auto repeliendo la prueba pericial, "en lugar de versar la misma sobre la condición subjetiva de anormalidad mental del procesado que recurre, trataba de proyectarse sobre hechos (...) sujetos a la valoración objetiva del Tribunal, para la que el mismo tenía ya suficientes elementos de juicio, ...".

.../...

RA: 1325/77: Sentencia en la que se desestima uno de los motivos del recurso que se basa en los "dictámenes periciales médicos transcritos en el acta del juicio oral" porque "al decir el recurrente que el Tribunal no puede decir cosa distinta de la que resulta de la prueba pericial, olvida, que la prueba pericial, como todas las demás, son de libre apreciación de la Sala, quién procederá a formar su convicción valorándolas en conjunto sin que le vincule ninguna de ellas, de ahí y el que porque los informe periciales no merecen una verdad absoluta, esta Sala los haya venido negando de manera constante, el carácter auténtico; ...".

RA: 4919/77: El Tribunal Supremo desestima el recurso por quebrantamiento de forma basado en la denegación del Tribunal de Instancia a suspender el juicio oral por incomparecencia del perito propuesto, ya que la "prueba pericial cuestionada fue propuesta en tiempo pero nó en forma, toda vez que tratándose de proceso ordinario por delito, a tenor de los arts. 656, 724 y 459 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, era preciso que se propusieran, al menos, dos peritos, y la defensa del procesado, se había limitado a solicitar el dictamen de uno sólo; ...".

RA: 421/78: Se admite el recurso de casación y se devuelven

.../...

las actuaciones a la Audiencia de origen para que se practique la prueba pericial ya que a pesar de estar recogida en escrito de calificación provisional del abogado defensor la propuesta de tres peritos psiquiatras "llegado el juicio oral los peritos comparecientes manifiestan que no ha reconocido al procesado pues la primera noticia que tuvieron fue la citación para el juicio".

RA: 1302/78: La sentencia del TS se refiere a "la afirmación pericial, por lo demás dubitativa de que el procesado padezca una intolerancia alcohólica" ... "lo cual no quiere decir en modo alguno, ni consta recogida facticamente que el inculpa-do se hallase en tal momento bajo la influencia de tales bebidas" sino que "se limita a exponer la posibilidad".

RA: 1323/78: El Tribunal Supremo estima el Trastorno Mental Transitorio que se alega en el recurso "en cuanto a que la sentencia afirma que el médico de guardia, se limitó a extender parte, sin prueba de sangre, en que se hizo constar la apreciación de síntomas de alcoholismo agudo, pero la sentencia no dice que lo padeciera, "ni se ha mostrado que se encontrara en tal estado", ...".

RA: 3813/78: El Tribunal rechaza el supuesto error en la

.../...

apreciación de la prueba "que se trata de inferir de un informe pericial médico que afirma simplemente que se trata de un alcoholismo crónico, pero sin que el Tribunal acepte que ello afecte a sus facultades mentales (...) y como un informe pericial, no es documento auténtico ni puede servir para acreditar el error con tanta ligereza imputado...".

RA: 4116/78: Se rechaza la atenuante por analogía "...por no reunir los informes médicos obrantes en autos el necesario carácter de auténticos".

7.4.b.-

REFERENCIAS PERICIALES ENCONTRADAS EN LOS AÑOS 1987 Y 1988

*En el Segundo Período de las 61 referencias explícitas a peritaciones e informes médicos su aportación se valora positivamente en 34 de ellas; descalificándose, valorándose negativamente o no influyendo en las restantes 27 sentencias.

Se consideran **positivamente** las siguientes:

RA: 445/87: La sentencia desestima el recurso que se refiere a cuatro informes: el de exclusión del Servicio Militar; el informe pericial del Médico Forense y dos informes del Hospital Psiquiátrico Provincial; ya que "reafirman la deducción obtenida por el Tribunal sentenciador de instancia".

.../...

RA: 1253/87: El TS casa y anula la sentencia de la Audiencia que estimó la eximente incompleta de enajenación mental por considerar "error de hecho" en la valoración de la prueba. Se valora la plena inimputabilidad basándose en el dictamen de dos peritos médicos (forense y neurólogo) y en sus "extensas consideraciones histórico-clínicas sobre el procesado, acompañando EEG y análisis clínicos...", citando textualmente el informe pericial: "... consideramos que la conducta de dicho interno se encuentra totalmente condicionada por los trastornos psicopatológicos y en especial las conductas delictivas, ya que estas entran de lleno en el período de tiempo de plenos trastornos psicopatológicos...".

RA: 2161/87: Se refiere la sentencia al informe de los médicos forenses "largo y razonado". Argumenta cómo la reforma legislativa de Ley 6/85 de 27 de Marzo al suprimir la "nota de autenticidad" flexibiliza la exigencia de condición documental al atender "más que a su contenido al modo de producción, admitiendo aquellos que se originen fuera de la causa y se incorporen o unan a las mismas, como es el caso del informe remitido por el Centro Psiquiátrico en este supuesto".

RA: 2617/87: El TS admite el recurso de casación y en vez de atenuante por analogía de enajenación mental incompleta,

.../...

pasa a considerar la eximente incompleta de enajenación mental. Se argumenta que la sentencia de instancia utilizó "una fórmula exclusivamente psiquiátrica o biológica...".

RA: 2638/87: El TS admite el recurso, valorando la atenuante analógica de enajenación mental incompleta, por "error de hecho en la apreciación de una serie de documentos que se citan..." : el certificado del Secretario de la Junta de Clasificación y Revisión de la Caja de Reclutas, el informe del Tribunal Médico Militar y el informe psicopatológico de la Dirección de Establecimientos Penitenciarios de Preventivos.

RA: 4053/87: El TS admite el recurso y absuelve al procesado valorando la "debilidad mental de tipo medio de la víctima" lo cual no es suficiente para considerar" ... que la ofendida se hallase privada de razón...". Se citan "diversas Asociaciones Americanas del deficiente mental, de psiquiatría o de educación" y la Organización Mundial de la Salud.

RA: 5152/87: El TS admite el recurso de casación estimando la eximente completa de enajenación mental y valorando error en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Instancia. Se comentan los informes de una Psicóloga Clínica y el certifi-

.../...

cado médico oficial emitido por el Director del Hospital Psiquiátrico.

RA: 5535/87: El TS casa y anula la sentencia y absuelve al acusado por valorar la eximente de trastorno mental transitorio basándose en el "juicio pericial, sin duda ecuaníme y bien fundado" del equipo técnico de tratamiento del Centro Penitenciario y en la que también es "prueba pericial, no documental, el informe del médico forense que aparece virtualmente reflejado en el factum...".

RA: 6638/87: El TS admite el recurso y valora la enajenación mental incompleta, el procesado que "se declara probado que se halla afecto de un cuadro oligofrénico moderado (...) fue excluido del servicio militar por su inutilidad para el mismo, como comprendido en el nº 2, letra A, del grupo 1º de inutilidades".

RA: 6949/87: La sentencia del TS cita el dictamen pericial, efectuado por dos médicos psiquiatras que ratifican su informe en el juicio oral y se considera al procesado parcialmente imputable o semi-imputable.

.../...

RA: 7571/87: El TS casa y anula la sentencia valorando no la atenuante de enajenación mental de la sentencia de la Audiencia sino la eximente incompleta de enajenación mental basándose en los informes emitidos "en la fase de plenario" por el médico forense y un psiquiatra conjuntamente, y en la ratificación verificada en el juicio oral por los mismos peritos.

RA: 7572/87: La sentencia se refiere a que la sentencia de la Audiencia: "para referirse al estado mental de la acusada, emplea un encomiable método biológico-psicológico o psiquiátrico-psicológico...".

RA: 9517 /87: Se declara probado "sintetizando el dictamen médico-forense" que el procesado padece una disrritmia cerebral...".

RA: 9776/87: La sentencia se refiere al informe del Hospital Militar donde el procesado estaba ingresado y sometido a tratamiento psiquiátrico y al informe médico-forense, citando textualmente las conclusiones de ambos para argumentar la no consideración del trastorno mental transitorio como eximente completa, según argumentaba el recurso.

.../...

RA: 526/88: El TS admite el recurso del procesado y dicta sentencia en la que concurre atenuante de enajenación mental (y no semieximente como se calificaba en la sentencia de la Audiencia) citando un informe psiquiátrico y otro informe facultativo.

RA: 835/88: El TS admite el recurso de casación y considera la atenuante por eximente incompleta de enajenación mental a pesar de que el recurso alega el "no haberse realizado la prueba pericial propuesta por la defensa" que solicita la suspensión del juicio y no lo acepta la Sala por "tener a la vista el dictamen emitido en su día por el médico forense en funciones" (...). Constando en el sumario "fotocopias de los siguientes documentos: 1) notificación al procesado de acuerdo de la Junta de Clasificación, de exclusión del Ejército de Tierra con carácter temporal (...). 2) certificado del Teniente Coronel Mayor del Cuartel General del Ejército que consta que el soldado (...) fue excluido temporal por considerar que padece "psiconeurosis". 3) excluido total, según notificación que se le hace de acuerdo adoptado por la Junta de Clasificación. 4) por receta de la Clínica López Ibor, consta el tratamiento a que estaba sujeto (...). 5) según informe del psiquiatra a cuya consulta acudió el procesado tres veces

.../...

"por presentar unos trastornos psicopatológicos para los que fué prescrita una cura con neurolépticos".

RA: 1083/88: Sobre el consumo de bebidas alcohólicas del procesado se citan "términos del factum tomados del informe médico-forense producido en el acto del juicio oral".

RA: 1095/88: El TS estima el recurso y aprecia en el recurrente la eximente incompleta de enajenación mental según el "dictamen pericial obrante en la causa" y la existencia de "dos sentencias firmes obrantes en la causa que apreciaron la eximente incompleta en datas muy próximas a la que se produjeron los hechos ahora enjuiciados...".

RA: 1341/88: El TS declara haber lugar al recurso y dicta segunda sentencia valorando la atenuante de enajenación mental incompleta por la "alteración psíquica que le es reconocida (...) aportándose además interesantes datos sobre su biografía, marcada por conflictos familiares y sociales...".

RA: 1359/88: Se admite el recurso de casación ya que se dice probado que el procesado está: "diagnosticado como brote reactivo de neurosis depresiva de etiología vasculopática", considerándosele como eximente incompleta de enajenación mental.

.../...

RA: 1622/88: El TS acepta el recurso y valora la atenuante analógica de enajenación mental teniendo en cuenta: el dictamen del Director del Hospital Psiquiátrico -que tan sólo observó al procesado durante media hora, "cuando en la actualidad recomiendan exámenes más prolongados", dice la sentencia- una certificación de exclusión total del Servicio Militar y el Acta del Juicio Oral. Se explicita que no informó el Médico Forense".

RA. 2032/88: Se refiere al dictamen pericial que "no revela error alguno, limitándose a consignar la existencia de una psicopatía con trastornos de conducta".

RA 2077/88: Se citan las consideraciones del informe médico que obra en el sumario: "en relación con los hechos conoce la licitud e ilicitud de los mismos y es capaz de dirigir sus acciones". Se argumentan cuestiones del recurso "a la luz de este informe pericial".

RA: 4136/88: La sentencia se refiere a las conclusiones de los informe del Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario, del Hospital Clínico Universitario y del emanante de los Médicos Forenses.

.../...

RA: 5026/88: Se admite el recurso y se valora la eximente incompleta de enajenación mental en función del "dictamen psiquiátrico".

RA: 6648/88: Se argumenta según "el informe médico que se recoge en la narración factica de la sentencia de instancia y se recomienda "atender siempre al caso concreto y a los informes médicos emitidos en el correspondiente trámite procesal".

RA: 7649/88: El TS admite el recurso de casación y se pasa de considerar una atenuante analógica de enajenación mental a una eximente incompleta de enajenación mental. A pesar de considerar que los dictámenes periciales "no son prueba documental en sentido estricto, (...) se estimó en casos, que tales informes periciales se elevan a rango de documentos cuando, constituyéndose en base fundamental del fallo en el punto debatido, son recogidos por el factum de manera fragmentaria propiciadora de un juicio valorativo erróneo". En la sentencia de la que se ocupa "se han tenido en cuenta los tres informes periciales para sentar su factum probatorio y su juicio en el tema". Los tres informes citados son del Médico Forense del Juzgado, de un Especialista de Psiquiatría de la Clínica Médico Forense de la Audiencia y de un Psiquiatra

.../..

de la Defensa (emitido por escrito y luego debatido en el juicio oral). Se dice que "los dos últimos dictámenes anulan en una parte importante al primero, por lo que a la esfera psiquiátrica se refiere".

RA: 7667/88: El TS admite el recurso por infracción de ley, por inaplicación de circunstancias atenuante 1ª del artículo 9º pues "consta en autos dos certificaciones médicas de las que pueden deducirse las condiciones necesarias para la apreciación de la eximente completa...". Se refiere a certificación del Director Médico del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de la Jefatura Provincial de Sanidad, y del Médico Director del Hospital Psiquiátrico (que certifica diecinueve ingresos en el transcurso de siete años).

RA: 8067/88: El TS desestima el recurso de la acusación particular reiterándose en la eximente de enajenación mental basada en informe médico.

RA: 8817/88: Se admite el recurso y se valora la atenuante analógica de enfermedad mental en función de "los datos que ofrecen los dictámenes médico-forenses que se citan".

RA: 9177/88: Se analiza la "prueba pericial obrante en la

.../...

causa" cuyo diagnóstico se recoge en el relato y se argumenta como "predeterminante del fallo" en el recurso -que se desestima por considerarse que no son conceptos jurídicos y por ello en nada predeterminan el fallo-.

RA: 9376/88: Se dice que "las dudas y vacilaciones de los diagnósticos, deben resolverse en todo caso, en beneficio del reo". Recomienda "atender al caso concreto y a los informes médicos obrantes en autos" para medir "lo muy relevante, lo poco relevante, e incluso lo indiferente ...", citando literalmente sentencia de referencia 1341 de 1.988.

RA: 9508/88: Se argumenta sobre la imputabilidad del procesado: "de acuerdo con la prueba médica".

RA: 9521/88: Se considera incorrecto el "juicio de valor" que efectúa el Tribunal de Instancia considerando los trastornos presentados por el procesado como enajenación mental incompleta. Argumentando sobre los dictámenes de los médicos forenses que dictaminaron en el sumario y en el juicio oral se admite el recurso y se valora eximente de enajenación mental.

* Las peritaciones e informes médicos que se han valorado **negativamente** son 27:

.../...

RA: 2196/87: Se desestima el recurso porque no se acreditó que se hubiese demostrado alteración cuando realizó los hechos, aunque sí un mes antes y un año después.

RA: 2472/87: Se califica como contundente y claro el informe del médico forense incorporado a la declaración de hechos probados de la sentencia, y por tanto no se considera importante su presencia en el juicio oral -"que sólo serviría para ratificar su contenido"- a más que " el artículo 746 de la Ley Procesal Penal no contiene norma alguna que consienta la suspensión del juicio oral por la incomparecencia de peritos". El informe del forense dice que el procesado era "alcohólico y drogadicto, pero no que estuviese, al cometer la acción depredatoria por la que se le juzga y le condenan, con alteraciones considerables...".

RA: 3099/87: La sentencia se refiere a dos informes, del médico forense y de un especialista en psiquiatría, el primero razona la disminución de la imputabilidad y la necesidad de internamiento y el segundo habla de la imputabilidad total. La sentencia del TS argumenta sus conclusiones "prescindiendo de esa posible contradicción pericial que queda sujeta a la libre convicción de la Sala por imperio del artículo 741

.../...

de la Ley de Enjuiciamiento Criminal".

RA: 4958/87: La sentencia cita el informe del forense sobre el procesado afecto de psicosis en el 86 y cuyo delito había tenido lugar en el 84. El perito manifiesta que "no se puede determinar el estado mental cuando ocurrieron los hechos, dada la situación psíquica actual".

RA: 4977/87: Se califican de "carentes por completo de fiabilidad, univocidad, contundencia y capacidad de convicción" a una serie de documentos que aporta la defensa del procesado entre los que se encuentra la copia de una sentencia dictada años atrás por un Tribunal Eclesiástico en la que se dice "no haber quedado probado en autos que el mismo presentase una desviación sexual".

RA: 5310/87: Se desestima el recurso que formulaba la equivocación del juzgador al "prescindir en absoluto del resultado pericial sobre la capacidad mental de encausado". La argumentación del TS se basa en que el "informe pericial carece de la naturaleza documental imprescindible para que el recurso pueda tener viabilidad...". Constan varios informes: uno del Médico Oficial del Centro de Detenciones, otro del Psicólogo Clínico de dicho Centro, dos informes del Médico Forense del

.../...

Juzgado. Se califica como "plural y no uniforme" la prueba pericial practicada.

RA: 5328/87: Se afirma que "los dictámenes e informes periciales escritos u orales y tanto proceda de sujetos individuales como de organismos colegiados públicos o privados tienen un mero caracter personal, careciendo de toda preconstitución probatoria propia de la prueba documental".

RA: 5568/87: El TS admite el recurso del Ministerio Fiscal y dicta segunda sentencia en la que no valora circunstancias modificativas de responsabilidad. La procesada sufría "ciertas anomalías psicológicas" y, según el TS "tal padecimiento no está precisado en su índole y en su intensidad"...

RA: 5572/87: La sentencia se refiere a informes emitidos por dos psiquiatras, por dos psicólogos y por el médico forense del Juzgado y un Médico Psiquiatra designado al efecto. Las apreciaciones de unos, según el TS, están "terminantemente contradichas" por los otros.

RA: 5596/87: Uno de los motivos del recurso denuncia quebrantamiento de forma al haberse denegado la prueba pericial psiquiátrica consistente en que: "reconocido psiquiátricamente el

.../...

procesado con anterioridad al acto de la vista, en la misma informasen peritos que hubiesen practicado tal reconocimiento". Se proponen dos y el Médico Forense emite informe que se cita literalmente, compareciendo en el juicio oral el otro perito médico que había tratado al inculpado hacía cinco años. Por la defensa se solicitó la suspensión del juicio oral "al no verificarse la prueba pericial en la forma propuesta", resolviendo la Sala no haber lugar a ello: "constando el informe forense y estando presente el perito propuesto por la parte".

RA: 6308/87: El motivo del recurso se basa en la no aplicación de la eximente de enajenación mental: se refiere a datos clínicos contradictorios (fenómenos neuróticos y psicóticos, sintomatología paranoide y compulsiva, y una personalidad anómala) y el Tribunal de instancia "completa con un elemento psicológico las definiciones psiquiátricas o biológicas con que primeramente caracteriza la personalidad del recurrente, hay que reconocer que tales definiciones -en que se resumen y condensan los datos proporcionados por los informes periciales emitidos en la causa- no ofrecen base suficiente sino para incluirlo en la categoría de semienfermo mental". No se le considera circunstancia modificativa de responsabilidad sin embargo.

.../...

RA: 6623/87: Se desestima el recurso del procesado del que se dice que no se practicó "un obligado exámen mental del procesado" (senil y que abusa de una niña de seis años) porque: "en el factum no hay dato alguno que permita asentar una base patológica más o menos acentuada...".

RA: 7602/87: Uno de los motivos del recurso se basa en el error en la apreciación de la prueba que en "una rigorista apreciación podría haber conducido a la inadmisión con arreglo a la reiterada doctrina de esta Sala, al no tratarse ni aún tras la reforma legislativa operada por la Ley 6/1985 de 27 de Marzo de documentos sino de pruebas de otra naturaleza con constatación documentada en la causa (...) y aún debe ser examinado en cuanto al fondo en una interpretación flexible y suspiciadora de la plena efectividad del derecho a la tutela jurisdiccional". Se refiere a lo que "en puridad de términos son simples informes periciales oscilantes entre la fijación de un cociente intelectual situado en un 0,50, un 43 por cien y otro inferior a 55 por cien...".

RA: 828/88: Se argumenta el recurso en la denegación de la práctica de la prueba pericial psiquiátrica en el acto del juicio oral que se propuso en su momento pero: "olvidando el recurrente los requisitos de forma exigidos para la proposi-

.../...

ción de la prueba exigidos por los artículos 459 y 656 de la Ley Procesal Penal, de cuyo conjunto normativo resulta que, a) tratándose del procedimiento ordinario, como es el caso del enjuiciado, los peritos que se propongan deberán ser dos como mínimo, lo cual es inexcusable y b) que en todo caso la designación de los peritos debió hacerse nominativa conforme al párrafo 2º del artículo 656 citado, es decir, expresando nombre y apellidos, domicilio o residencia". Requisitos que no cumplió el impugnante, que "además de proponer un sólo perito, expresó que debía ser designado de oficio". De otra parte hace constar que "ni en su escrito de conclusiones provisionales ni definitivas hizo alusión alguna de deficiencias en el recurrente, que justificaran de algún modo la necesidad de tal prueba pericial".

RA. 842/88: Se desestima el recurso que basa uno de sus motivos en el error en apreciación de la prueba, un informe médico de "un análisis practicado en el Hospital Clínico" el cual "aparte de estar sin ratificar, no tiene carácter de documento, a efectos casacionales, sino que constituye una prueba personal, documentada, que el Tribunal valora libremente, por lo que el mismo carace de virtualidad suficiente para apoyar el recurso...".

.../...

RA: 1336/88: Se desestima el motivo del recurso que argumenta que el recurrente puede ser considerado inimputable, basándose en que el informe médico forense "reconoce su total imputabilidad" y que "la afirmación que se hace por la psicóloga de padecer simple psicopatía, hablándonos de psiconeurosis leve, no significa pérdida ni disminución de la responsabilidad".

RA: 1586/88: El TS rechaza el recurso del procesado diagnosticado como psicópata porque "no constituye enfermedad mental o psicosis".

RA. 2018/88: No se admite el motivo del recurso que pretende que le sea aplicada la eximente incompleta de enajenación mental "con base en el aserto del factum de que tiene una personalidad hiperestésica con tendencia a sufrir depresiones y cuadros de ansiedad..." no diciéndose en la narrativa factica que se encontraba "bajo la influencia de uno de aquellos estados depresivos el día de autos, ni haberse practicado prueba sobre tal posibilidad...".

RA. 3474/88: Se cita el "documento que, extendido por un Médico Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Provincial, fué presentado por la defensa en el acto del juicio (...) dicho dictamen médico ofrece una doble proyección insuficiente

.../...

-por separado o acumulativamente- para acreditar aquellos efectos" (de enajenación).

RA. 3521/88: El TS desestima el recurso de casación y no admite la eximente incompleta de enajenación mental. En la sentencia se habla de la doctrina de la Sala en materia de "personalidad psicopática no asociada a anomalía mental alguna" y se dice: "cierto es que la mayor parte de las resoluciones han sido atacadas por la ciencia médica en cuanto incursas en una invasión del campo técnico, por lo que recientemente se les ha denominado como "sentencias-peritajes", ...".

RA: 4591/88: El recurrente "padece una psicosis endógena de caracteres e intensidad no definidos", que determinó su exclusión total del Servicio Militar. La sentencia del TS argumenta que con "tan escasos datos" no se puede apreciar la atenuante de enajenación mental incompleta.

RA: 6788/88: El TS desestima el recurso que alega la no apreciación por el Tribunal de Instancia del informe pericial ya que "ni por su contenido, ni formalmente encierran -los informes periciales- una verdad erga omnes, absoluta, patente e irrefutable". Sólo puede ser fundamento de la impugnación de los

.../...

hechos probados siempre que: "1) exista un sólo dictamen o varios absolutamente coincidentes y la Audiencia los haya tomado como bases única de la declaración (...) o bien 2) cuando contando sólomente con dicho dictamen o dictámenes, y no concurriendo otras pruebas sobre el mismo punto factico, la sentencia llegue a conclusiones diametralmente divergentes de las de los informes periciales". Se añade además que "los Tribunales no estan vinculados a las conclusiones de los peritos. Sin embargo, cuando la determinación de los hechos requiere conocimientos científicos o técnicos especiales, los Tribunales sólo pueden apartar de las conclusiones de los informes periciales a condición de que haya razones objetivas que lo permitan y justifiquen". En este caso la sentencia se refiere al "único perito médico oído por el Tribunal".

RA: 6797/88: El recurso argumenta la existencia de un documento auténtico en el cual "se dictamina por parte del médico forense la inimputabilidad del procesado...". En los fundamentos de Derecho de la sentencia del TS se explicita que: "los dictámenes periciales emitidos en la causa quedan fuera de la concepción documental apuntada, hallándose sujetos a la libre apreciación y valoración del Tribunal conforme al art. 741 de la LECRIM. "Sobre el dictamen forense concreto se señala

.../...

el "excesivo laconismo", "ausente de todo razonamiento respecto al posible análisis sintomatológico y estudio pormenorizado de las exploraciones complementarias que en rigor debieron realizarse, no constando nada sobre eventuales tests psicológicos llevados a efecto, datos anamnésicos facilitados, antecedentes clínicos, etc., reveladores del proceso mental que se diagnostica" (Personalidad Psicopática).

RA 8253/88: Se desestima el recurso de casación en base a que la prueba pericial psiquiátrica se denegó por "no estar propuesta conforme al artículo 656 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: "respecto a la designación "nominatim" de los peritos (...). La expresión de los nombres y apellidos tiene una especial significación. Si frente a una solicitud genérica de designación de dos especialistas en Psiquiatría, la Sala optará por aquellos que estimase más conveniente, es incuestionable que de alguna manera podría ser tachada de parcialidad en función de los criterios mantenidos por los peritos. Son las partes las que tienen que elegir independientemente de que sean solventes o insolventes...".

RA 8404/88: Se desestima el recurso y se dice que "la pretendida anormalidad psíquica no aparece sustentada (o acompañada)

.../...

de informe médico-pericial de clase alguna".

RA 8956/88: El recurso argumenta el "no haberse reflejado el estado psicológico de la prueba pericial médica, emitida por los médicos forenses (...). Según doctrina reiterada de esta Sala (...) son simples pruebas personales que, naturalmente se documentan a efectos de constancia e integración en la causa las que quedan sujetas a la valoración del tribunal". Y se añade posteriormente que salvo que concurran las circunstancias siguientes: 1º que exista un sólo dictamen o varios absolutamente coincidentes (...) y que el Tribunal los haya tomado como base única de la declaración(...), 2º cuando contando sólo con dicho dictamen o dictámenes y no concurriendo otras pruebas sobre el mismo punto fáctico la sentencia de la Audiencia haya llegado a conclusiones divergentes con las de los citados informes. En el supuesto enjuiciado aparecen en el sumario: "diversos dictámenes periciales no coincidentes", e incluso alguno "no aparece corroborado, al menos en su integridad, en el acto del juicio oral".

RA 9519/88: El TS desestima el recurso basado en los informes médicos emitidos por un Psiquiatra y por el Hospital Psiquiátrico ya que los informes periciales: "no pueden tener otro

.../...

valor que el de pruebas personales documentadas sometidas a la apreciación del juzgador".

77-78

87-88

REFERENCIAS SOBRE IMPUTABILIDAD:

*Especificadas 45 109

*No especificadas..... 23 26

Suponen el 66,2% de las sentencias seleccionadas del primer período y el 80,7% de las sentencias seleccionadas del segundo período. Siendo estadísticamente significativa esta diferencia (Estudio I. Tablas 14, pág. 188).

Las referencias y argumentaciones relativas a la imputabilidad del procesado las agrupamos por diagnósticos, buscando líneas doctrinales que orienten sobre la capacidad de culpa de cada entidad nosológica de la que se trate. (Apéndice III. págs. 371-409).

.../...

Se distribuyen de la siguiente forma según diagnósticos:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Desviaciones sexuales	1	1
Trastornos de personalidad.....	14	35
Embriaguez y alcoholismo	8	24
Psicosis.....	2	5
Oligofrenia.....	5	14
Epilepsia.....	2	8
Neurosis	5	5
Otros.....	1	7
Inespecificados.....	6	11
T O T A L :	45	109

7.5. DATOS LEGALES Y JURISPRUDENCIALES.-

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
CALIFICACION LEGAL:		
Imputable.....	25	31
Atenuante.....	19	31

.../...

Eximente completa	17	.....	58
Inimputable....	0	.....	4
No especificada	7	.....	11

La calificación legal se distribuye por diagnósticos según la tabla nº 14 . Estudio II pág. 249).

	<u>77-78</u>		<u>87-88</u>
ACUERDO: Casación	10	.....	39
Inadmisión del recurso...	58	.....	96

	<u>77-78</u>		<u>87-88</u>
SENTENCIAS ANTERIORES: Ninguna	47	.....	60
Una	16	.....	12
De 1 a 4 ...	5	.....	23
Más de 3 ...	0	.....	40

* (Ver listado de sentencias anteriores en Apéndice IV págs. 417-421).

.../...

7.6. OTROS DATOS.-

DATOS SOCIOLOGICOS: Las referencias a lo social, cultural o ambiental se detectaron según la siguiente tabla:

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Especificados	16	40
No especificados	52	95

Registrándose argumentaciones del tipo: "actividad sumamente nociva y peligrosa para la sociedad" (RA: 49/77), "actos reprobados por la conciencia social mayoritaria" (RA: 3812/78), "comunidad social como ofendida" (RA. 3746/78) y argumentaciones referidas al procesado y a su conducta social como "de buena conducta, lugar aislado y reducida repercusión de los hechos" (RA. 2034/78), "no puede evitar la pelea so pena de pasar ante los circundantes como cobarde y pusilánime" (RA: 5623/87), y a su bagaje cultural (RA: 2161/87, 2579/87, 4998/87, 9695/88).

REFERENCIAS MORALES: Las referencias explícitas a lo ético aparecen en 51 sentencias, distribuidas por períodos de la siguiente forma:

.../...

	<u>77-78</u>	<u>87-88</u>
Especificadas	19	32
No especificadas	49	103

Registrándose argumentaciones relativas al "daño moral" hecho a la víctima, sea persona o sociedad (RA: 2453/77, 3812/77, 74/78, 1045/78, 3374/78), o al bagaje ético o de valores del sujeto (RA: 1289/78, 2617/78, 2022/78, 2639/78, 2623/87, 4977/87, 5535/87, 5623/87, 1083/88, 1227/88, 8076/88).

7.7. ESTUDIO ESTADISTICO.-

Se recoge a continuación el tratamiento estadístico realizado.

En primer lugar el programa y las tablas de la comparación entre los dos períodos (Estudio I). Así como las gráficas sobre los aspectos más importantes encontrados (pág.194-204).

Se detalla posteriormente el estudio estadístico de dependencia y relación entre la variable "Diagnóstico" y las demás (Estudio II págs. 205-265).

.../...

BMDP4F - TWO-WAY AND MULTIWAY FREQUENCY TABLES -- MEASURES
OF ASSOCIATION AND THE LOG-LINEAR MODEL (COMPLETE
AND INCOMPLETE TABLES).

Copyright 1977, 1979, 1981, 1982, 1983, 1985, 1987, 1988, 1990.
by BMDP Statistical Software, Inc.

BMDP Statistical Software, Inc.
1440 Sepulveda Blvd.

Los Angeles, CA 90025 USA
Phone (213) 479-7799
Fax (213) 312-0161
Telex 4972934 BMDP UI

BMDP Statistical Software
Cork Technology Park, Model
Farm Rd.

Cork, Ireland
Phone +353 21 542722
Fax +353 21 542822
Telex 75659 SSWL EI

Version: 1990 (VAX/VMS) DATE: 22-JUL-91 AT 11:15:52

Manual: BMPD Manual Vol. 1 and Vol. 2.

Digest: BMDP User's Digest.

Updates: State NEWS, in the PRINT paragraph for summary of
new features.

PROGRAM INSTRUCTIONS

```
/problem    title is "Estudio Psiquiátrico".


```

rows is periodo.
 /print percent = row, col.
 /END

PROBLEM TITLE IS
 Estudio Psiquiátrico I

NUMBER OF VARIABLES TO READ 22
 NUMBER OF VARIABLES ADDED BY TRANSFORMATIONS 0
 TOTAL NUMBER OF VARIABLES. 22
 CASE FREQUENCY VARIABLE
 CASE LABELING VARIABLES sentenci
 NUMBER OF CASES TO READ TO END
 MISSING VALUES CHECKED BEFORE OR AFTER TRANS NEITHER
 BLANKS IN THE DATA ARE TREATED AS MISSING
 INPUT FILE . . . for 020
 REWIND INPUT UNIT PRIOR TO READING. DATA. YES
 NUMBER OF INTEGER WORDS OF MEMORY FOR STORAGE 19998
 NUMBER OF CASES DESCRIBED BY INPUT FORMAT 1

VARIABLES TO BE USED

2 periodo 3 magistra 4 delito 5 sexo 6 diagnost
 7 calif. 1 8 sent.an 9 descrip 10 comprens 11 contexto
 12 nosologi 13 clinic-p 14 dinamico 15 etiol. 16 terapeu.
 17 sociol. 18 pronost. 19 morales 20 peritaci 21 ref.imp.
 22 acuerdo

DATA FORMAT:
 (A4, 21F2.0)

THE LONGEST RECORD MAY HAVE UP TO 46 CHARACTERS.

I N P U T V A R I A B L E S

VARIABLE RECORD COLUMN INPUT					VARIABLE RECORD COLUMN INPUT						
NO.	NAME	NO.	BEG	END	FORMAT	NO.	NAME	NO.	BEG	END	FORMAT
1	sentenci	1	1	4	A4	12	nosologi	1	25	26	F2.0
2	periodo	1	5	6	F2.0	13	clinic-p	1	27	28	F2.0
3	magistra	1	7	8	F2.0	14	dinamico	1	29	30	F2.0
4	delito	1	9	10	F2.0	15	etiol.	1	31	32	F2.0
5	sexo	1	11	12	F2.0	16	terapeu.	1	33	34	F2.0
6	diagnost	1	13	14	F2.0	17	sociol.	1	35	36	F2.0
7	calif. 1	1	15	16	F2.0	18	pronost.	1	37	38	F2.0
8	sent. an	1	17	18	F2.0	19	morales	1	39	40	F2.0
9	descripc	1	19	20	F2.0	20	peritaci	1	41	42	F2.0
10	comprens	1	21	22	F2.0	21	ref. imp	1	43	44	F2.0
11	contexto	1	23	24	F2.0	22	acuerdo	1	45	46	F2.0

*** NOTE *** ONLY REQUESTED OPTIONS ARE PRINTED BELOW.

INTERPRETATION OF TABLE PARAGRAPH 1.

1 TABLES ARE REQUESTED --

TABLE 1 sexo BY período

INTERPRETATION OF PRINT PARAGRAPH

APPLIED TO TABLE PARAGRAPH 1 ABOVE

PRINT TABLE OF OBSERVED VALUES.

PRINT TABLE OF EXCLUDED VALUES.

LIST FIRST 5 CASES WITH UNACCEPTABLE VALUES.

PRINT PERCENTS OF ROW TOTALS.

PRINT PERCENTS OF COLUMN TOTALS.

INTERPRETATION OF STATISTICS PARAGRAPH

APPLIED TO TABLE PARAGRAPH 1 ABOVE

IF SPECIFIED IN YOUR INSTRUCTIONS, THE PROGRAM WILL
COMPUTE CHI-SQUARE STATISTICS.

*** WARNING *** IN PARAGRAPH input.

THE FOLLOWING TEXT WAS NOT READ:

*** NOTE *** THE FOLLOWING INSTRUCTIONS WERE NOT FOUND:

CASE	UNIT	REW	TYPE	MULT	BLE	TAB	ERR
MCH	RECL	RECL	TAB				

THE MOST COMMON REASONS FOR UNREAD TEXT ARE:

- MISSPELLED NAME OF PARAGRAPH, COMMAND, VARIABLE, ETC.,
- COMMAND IN THE WRONG PARAGRAPH,
- COMMAND OR PARAGRAPH REPEATED UNEXPECTEDLY,
- COMMAND OR PARAGRAPH NOT AVAILABLE IN THIS PROGRAM,
- MUTUALLY EXCLUSIVE COMMANDS.

RECORDS FOR EACH CASE: 1

NUMBER OF CASES READ 203

 * TABLE PARAGRAPH 1 *

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 1

periodo -----	sexo -----		TOTAL
	varon	mujer	
77-78	64	4	68
87-88	129	6	135
TOTAL	193	10	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

periodo -----	sexo -----		TOTAL
	varon	mujer	
77-78	94.1	5.9	100.0
87-88	95.6	4.4	100.0
TOTAL	95.1	4.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

periodo -----	sexo -----		TOTAL
	varon	mujer	
77-78	33.2	40.0	33.5
87-88	66.8	60.0	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 3.35

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.200	1	0.6550
YATES CORRECTED CHISQ.	0.011	1	0.9178

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 2

periodo -----	delito -----				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
77-78	19	16	24	9	68
87-88	49	52	18	16	135
TOTAL	68	68	42	25	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 2

periodo -----	delito -----				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
77-78	27.9	23.5	35.3	13.2	100.0
87-88	36.3	38.5	13.3	11.9	100.0
TOTAL	33.5	33.5	20.7	12.3	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 2

periodo -----	delito -----				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
77-78	27.9	23.5	57.1	36.0	33.5
87-88	72.1	76.5	42.9	64.0	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 8.37

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	14.587	3	0.0022

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 3

periodo	descripc		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	22	46	68
87-88	47	88	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	69	134	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 3

periodo	descripc		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	32.4	67.6	100.0
87-88	34.8	65.2	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	34.0	66.0	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 3

periodo	descripc		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	31.9	34.3	33.5
87-88	68.1	65.7	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 23.11

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.122	1	0.7267
YATES CORRECTED CHISQ.	0.037	1	0.8473

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 4

periodo	comprends		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	21	47	68
87-88	57	78	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	78	125	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 4

periodo	comprends		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	30.9	69.1	100.0
87-88	42.2	57.8	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	38.4	61.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 4

periodo	comprends		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	26.9	37.6	33.5
87-88	73.1	62.4	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 26.13

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	2.458	1	0.1169
YATES CORRECTED CHISQ.	2.002	1	0.1571

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 5

periodo -----	contexto -----						TOTAL
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	
77-78	25	10	4	20	5	4	68
87-88	75	17	3	29	6	5	135
TOTAL	100	27	7	49	11	9	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 5

periodo -----	contexto -----						TOTAL
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	
77-78	36.8	14.7	5.9	29.4	7.4	5.9	100.0
87-88	55.6	12.6	2.2	21.5	4.4	3.7	100.0
TOTAL	49.3	13.3	3.4	24.1	5.4	4.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 5

periodo -----	contexto -----						TOTAL
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	
77-78	25.0	37.0	57.1	40.8	45.5	44.4	33.5
87-88	75.0	63.0	42.9	59.2	54.5	55.6	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 2.34

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	7.518	5	0.1848

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 6

periodo	nosologi		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	39	29	68
87-88	56	79	135
TOTAL	95	108	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 6

periodo	nosologi		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	57.4	42.6	100.0
87-88	41.5	58.5	100.0
TOTAL	46.8	53.2	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 6

periodo	nosologi		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	41.1	26.9	33.5
87-88	58.9	73.1	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 31.82

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	4.575	1	0.0324
YATES CORRECTED CHISQ.	3.960	1	0.0466

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 7

periodo	clinic-p		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	36	32	68
87-88	44	91	135
TOTAL	80	123	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 7

periodo	clinic-p		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	52.9	47.1	100.0
87-88	32.6	67.4	100.0
TOTAL	39.4	60.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 7

periodo	clinic-p		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	45.0	26.0	33.5
87-88	55.0	74.0	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 26.80

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	7.842	1	0.0051
YATES CORRECTED CHISQ.	7.013	1	0.0081

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 8

periodo	dinamico		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	57	11	68
87-88	129	6	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	186	17	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 8

periodo	dinamico		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	83.8	16.2	100.0
87-88	95.6	4.4	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	91.6	8.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 8

periodo	dinamico		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	30.6	64.7	33.5
87-88	69.4	35.3	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 5.69

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	8.112	1	0.0044
YATES CORRECTED CHISQ.	6.655	1	0.0099

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 9

periodo	etiol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	52	16	68
87-88	98	37	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	150	53	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 9

periodo	etiol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	76.5	23.5	100.0
87-88	72.6	27.4	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	73.9	26.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 9

periodo	etiol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	34.7	30.2	33.5
87-88	65.3	69.8	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 17.75

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.353	1	0.5527
YATES CORRECTED CHISQ.	0.180	1	0.6712

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 10

periodo -----	pronost. -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	63	5	68
87-88	123	12	135
TOTAL	186	17	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 10

periodo -----	pronost. -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	92.6	7.4	100.0
87-88	91.1	8.9	100.0
TOTAL	91.6	8.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 10

periodo -----	pronost. -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	33.9	29.4	33.5
87-88	66.1	70.6	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 5.69

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.139	1	0.7092
YATES CORRECTED CHISQ.	0.011	1	0.9168

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 11

periodo	terapeu.		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	64	4	68
87-88	116	19	135
TOTAL	180	23	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 11

periodo	terapeu.		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	94.1	5.9	100.0
87-88	85.9	14.1	100.0
TOTAL	88.7	11.3	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 11

periodo	terapeu.		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	35.6	17.4	33.5
87-88	64.4	82.6	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 7.70

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	3.021	1	0.0822
YATES CORRECTED CHISQ.	2.260	1	0.1327

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 12

<u>periodo</u>										<u>diagnost</u>
	inesp.	D.sex.	psicopt.	embr.	psicosis	olig.	epil.	neur.	otros	TOTAL
77-78	14	6	14	15	3	7	2	5	2	68
87-88	20	1	40	27	8	16	10	6	7	135
TOTAL	34	7	54	42	11	23	12	11	9	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 12

<u>periodo</u>										<u>diagnost</u>
	inesp.	D.sex.	psicopt.	embr.	psicosis	olig.	epil.	neur.	otros	TOTAL
77-78	20.6	8.8	20.6	22.1	4.4	10.3	2.9	7.4	2.9	100.0
87-88	14.8	0.7	29.6	20.0	5.9	11.9	7.4	4.4	5.2	100.0
TOTAL	16.7	3.4	26.6	20.7	5.4	11.3	5.9	5.4	4.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 12

<u>periodo</u>										<u>diagnost</u>
	inesp.	D.sex.	psicopt.	embr.	psicosis	olig.	epil.	neur.	otros	TOTAL
77-78	41.2	85.7	25.9	35.7	27.3	30.4	16.7	45.5	22.2	33.5
87-88	58.8	14.3	74.1	64.3	72.7	69.6	83.3	54.5	77.8	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 2.01

STADISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	14.013	8	0.085

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

periodo	peritaci		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	48	20	68
87-88	74	61	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	122	81	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 13

periodo	peritaci		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	70.6	29.4	100.0
87-88	54.8	45.2	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	60.1	39.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 13

periodo	peritaci		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	39.3	24.7	33.5
87-88	60.7	75.3	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 27.13

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	4.692	1	0.0303
YATES CORRECTED CHISQ.	4.057	1	0.0440

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 14

periodo	ref. imp		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	23	45	68
87-88	26	109	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	49	154	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 14

periodo	ref. imp		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	33.8	66.2	100.0
87-88	19.3	80.7	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	24.1	75.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 14

periodo	ref. imp		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	46.9	29.2	33.5
87-88	53.1	70.8	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 16.41

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	5.238	1	0.0221
YATES CORRECTED CHISQ.	4.473	1	0.0344

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 15

periodo	calif. 1					
-----	-----					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
77-78	7	25	17	17	2	68
87-88	11	31	31	58	4	135
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	18	56	48	75	6	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 15

periodo	calif. 1					
-----	-----					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
77-78	10.3	36.8	25.0	25.0	2.9	100.0
87-88	8.1	23.0	23.0	43.0	3.0	100.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	8.9	27.6	23.6	36.9	3.0	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 15

periodo	calif. 1					
-----	-----					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
77-78	38.9	44.6	35.4	22.7	33.3	33.5
87-88	61.1	55.4	64.6	77.3	66.7	66.5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 2.01

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	7.386	4	0.1168

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 16

periodo -----	acuerdo -----		TOTAL
	si	no	
77-78	10	58	68
87-88	39	96	135
TOTAL	49	154	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 16

periodo -----	acuerdo -----		TOTAL
	si	no	
77-78	14.7	85.3	100.0
87-88	28.9	71.1	100.0
TOTAL	24.1	75.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 16

periodo -----	acuerdo -----		TOTAL
	si	no	
77-78	20.4	37.7	33.5
87-88	79.6	62.3	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 16.41

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	4.968	1	0.0258
YATES CORRECTED CHISQ.	4.223	1	0.0399

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 17

periodo -----	sent. an -----				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
77-78	52	0	8	8	68
87-88	60	12	23	40	135
TOTAL	112	12	31	48	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 17

periodo -----	sent. an -----				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
77-78	76.5	0.0	11.8	11.8	100.0
87-88	44.4	8.9	17.0	29.6	100.0
TOTAL	55.2	5.9	15.3	23.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 17

periodo -----	sent. an -----				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
77-78	46.4	0.0	25.8	16.7	33.5
87-88	53.6	100.0	74.2	83.3	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 4.02

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	21.378	3	0.0001

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 18

periodo	sociol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	52	16	68
87-88	95	40	135
-----	-----	-----	-----
TOTAL	147	56	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 18

periodo	sociol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	76.5	23.5	100.0
87-88	70.4	29.6	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	72.4	27.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 18

periodo	sociol.		
-----	-----	-----	
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
77-78	35.4	28.6	33.5
87-88	64.6	71.4	66.5
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 18.76

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.842	1	0.3587
YATES CORRECTED CHISQ.	0.565	1	0.4524

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 19

periodo -----	morales -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	49	19	68
87-88	103	32	135
TOTAL	152	51	203

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 19

periodo -----	morales -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	72.1	27.9	100.0
87-88	76.3	23.7	100.0
TOTAL	74.9	25.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 19

periodo -----	morales -----		TOTAL
	inespeci	especifi	
77-78	32.2	37.3	33.5
87-88	67.8	62.7	66.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0

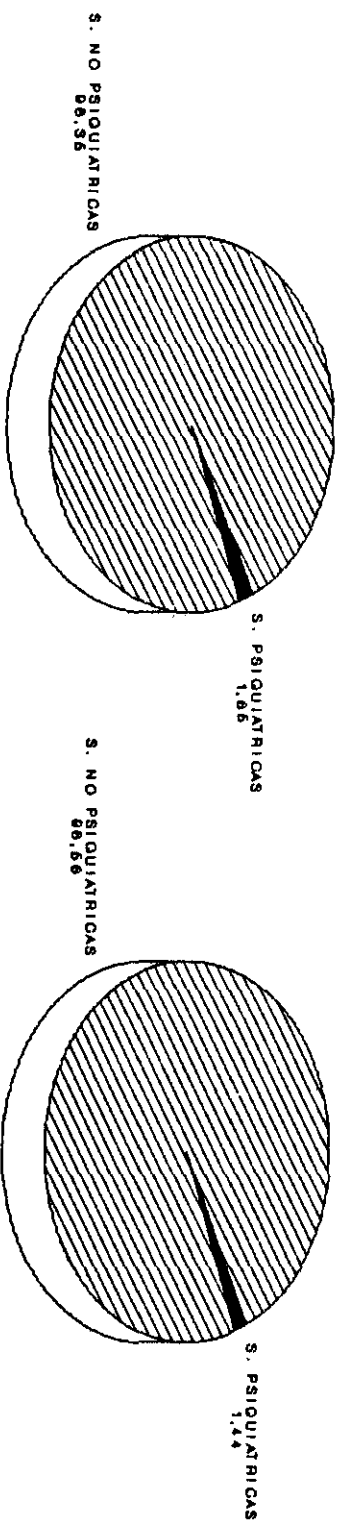
MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 17.08

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	0.432	1	0.5112
YATES CORRECTED CHISQ.	0.236	1	0.6273

NUMBER OF INTEGER WORDS OF STORAGE USED IN PRECEDING	PROBLEM	3438
CPU TIME USED 24.290 SECONDS		

PSIQUIATRIA Y JURISPRUDENCIA PENAL

Sentencias con referencia específica a enfermedad mental

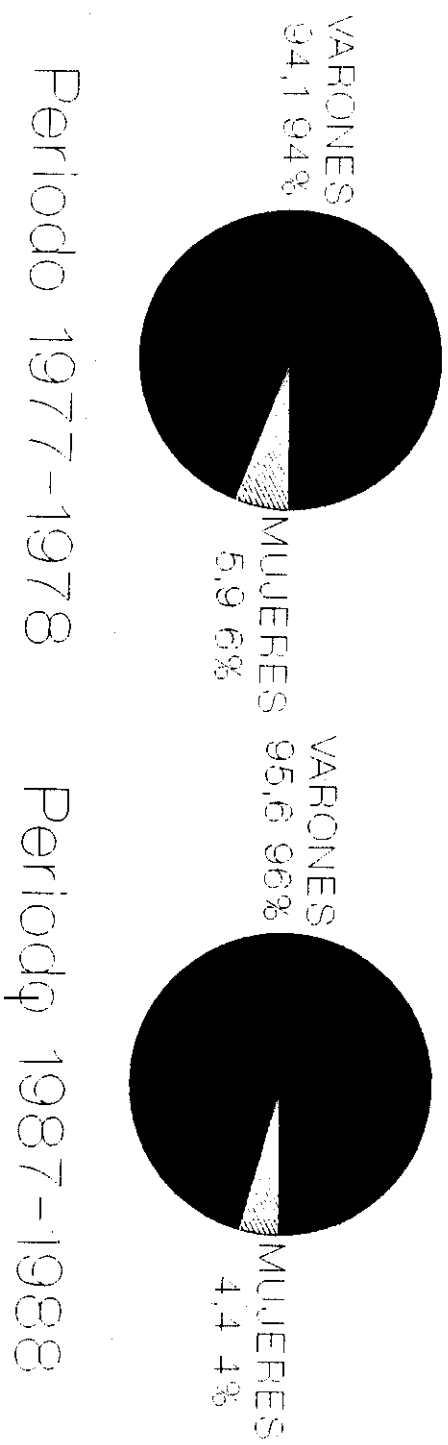


PERIODO 1977-1978 PERIODO 1987-1988

Porcentaje de sentencias sobre
trastornos psiquiátricos en los años
1977-78 y 1987-88

PSIQUIATRIA Y JURISPRUDENCIA PENAL

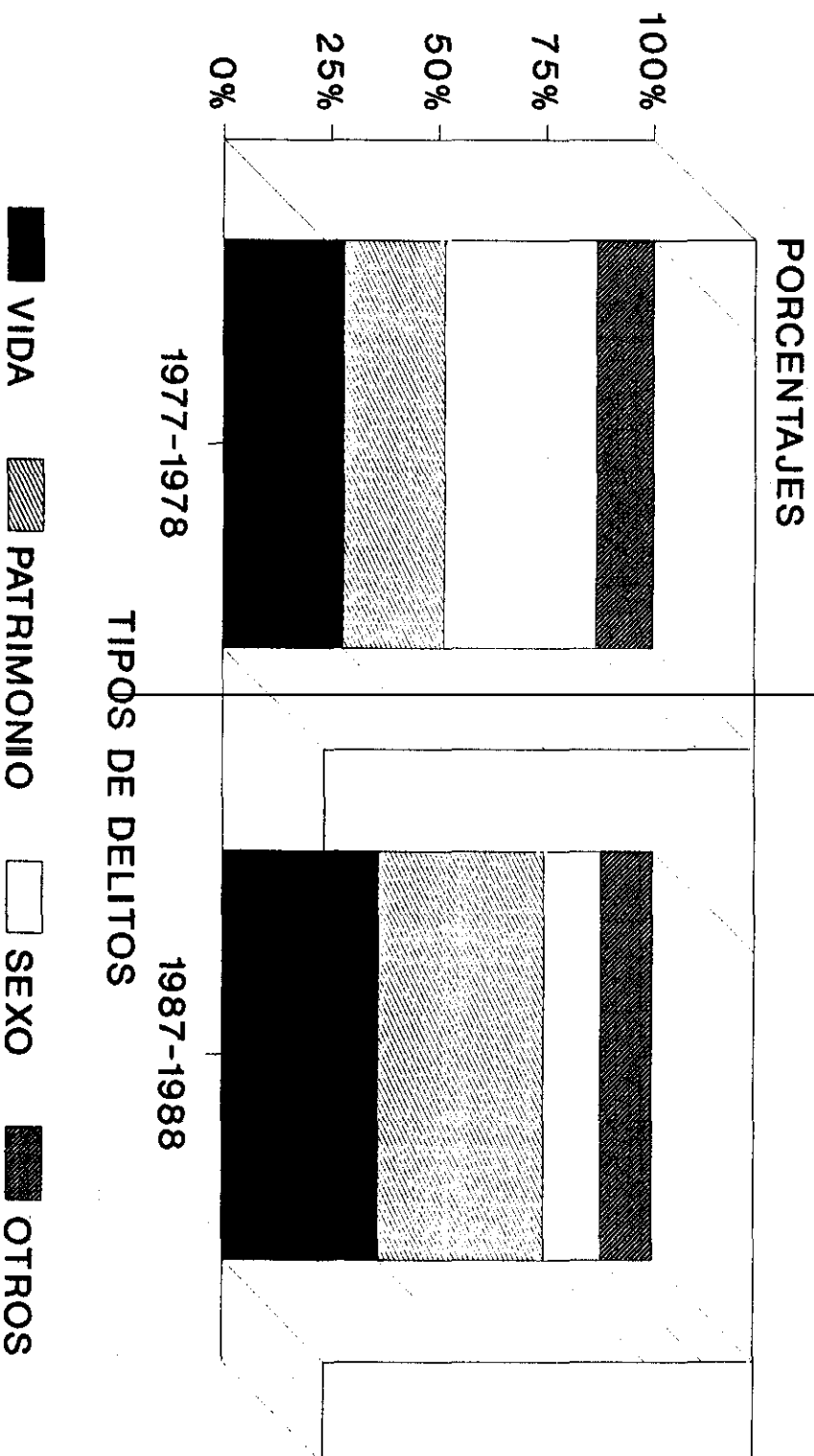
Distribución por sexos



**Sentencias sobre trastornos
psiquiátricos en los años 1977-78
y 1987-88**

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

Delitos relacionados con la enfermedad mental

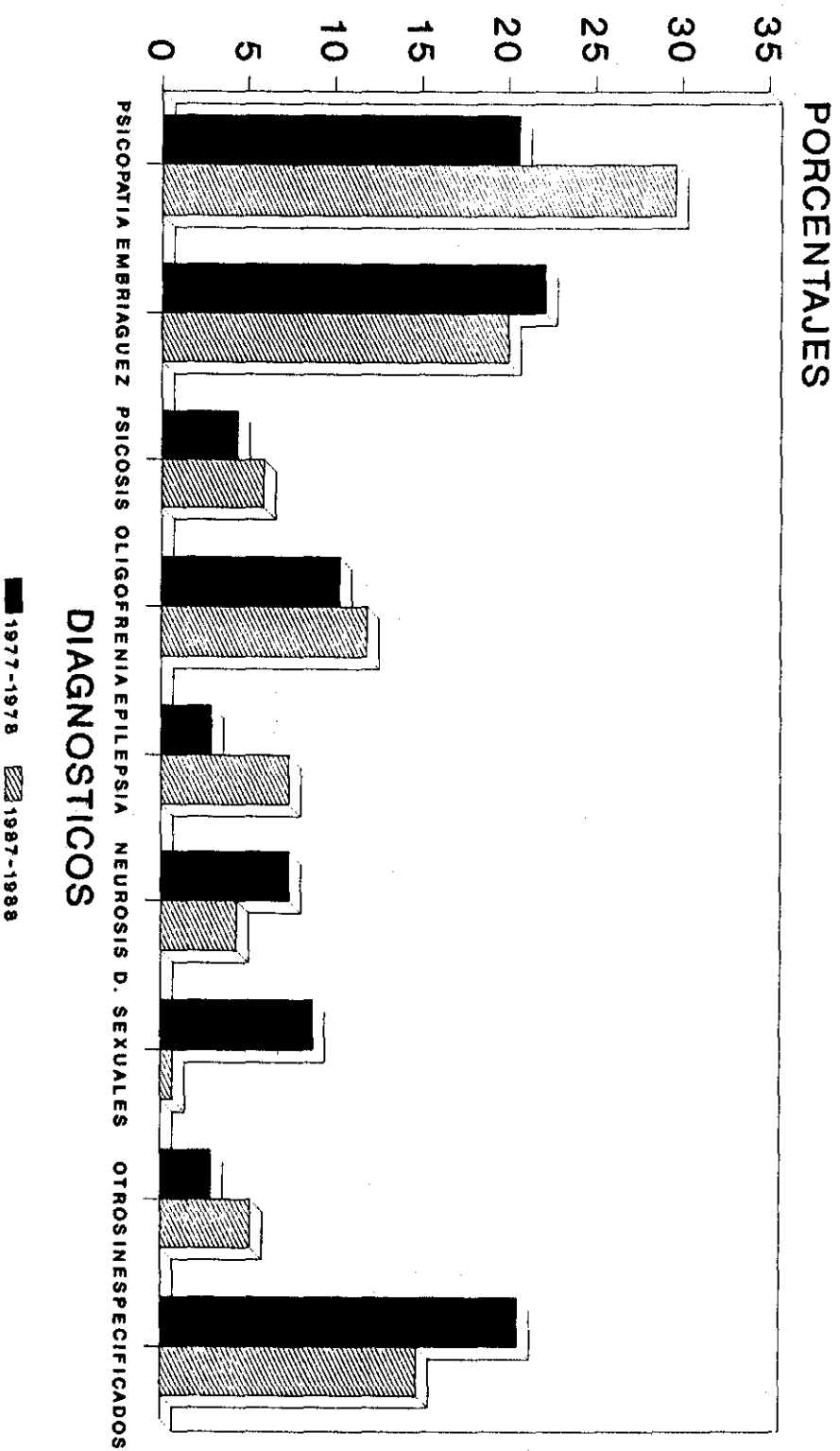


Periodos 1977-1978 y 1987-1988

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

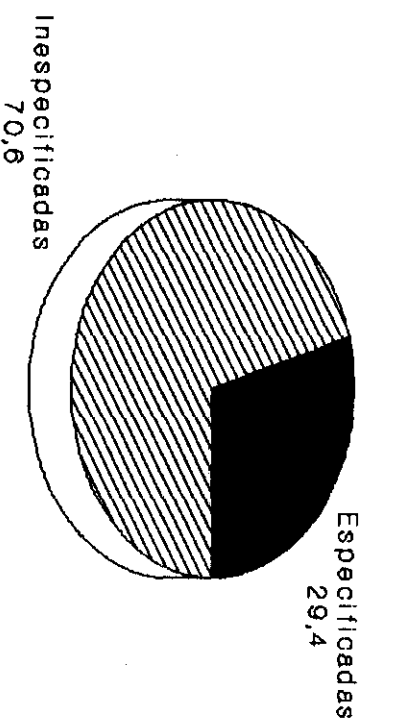
Trastornos psiquiátricos en las

sentencias penales del Tribunal Supremo

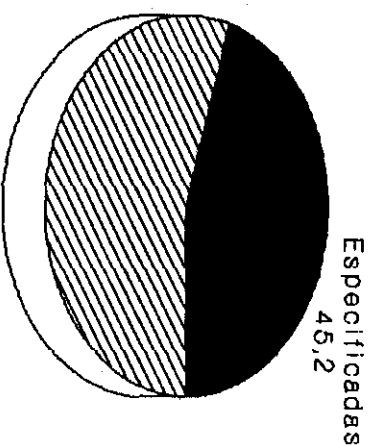


Periodos 1977-1978 y 1987-1988

INFORMES MEDICOS Y PERITACIONES EN SENTENCIAS PENALES DEL T.S. CON REFERENCIA PSIQUIATRICA



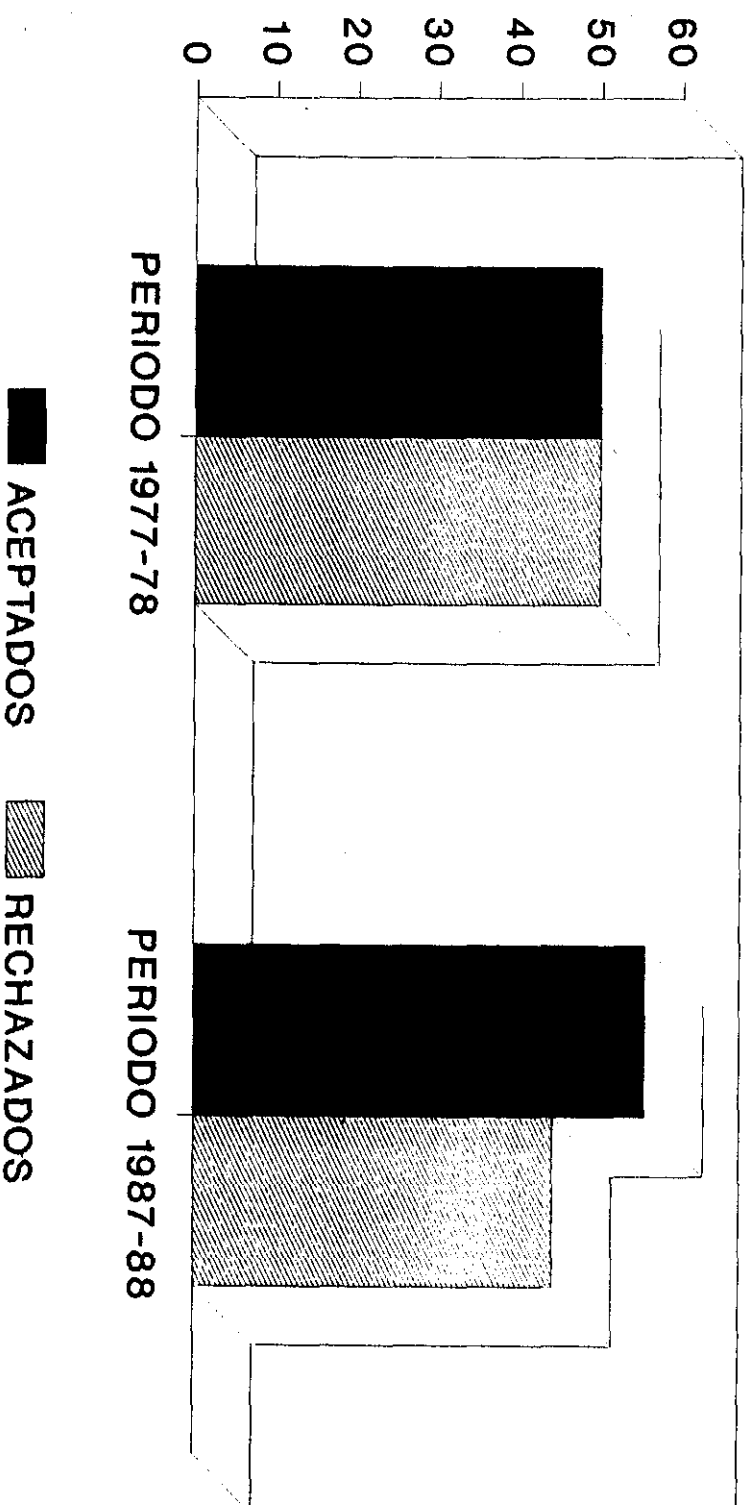
Porcentaje sobre el total de
sentencias 77/78 (N=68)



Porcentaje sobre el total de
sentencias 87/88 (N=135)

Años 1977-78 y 1987-88

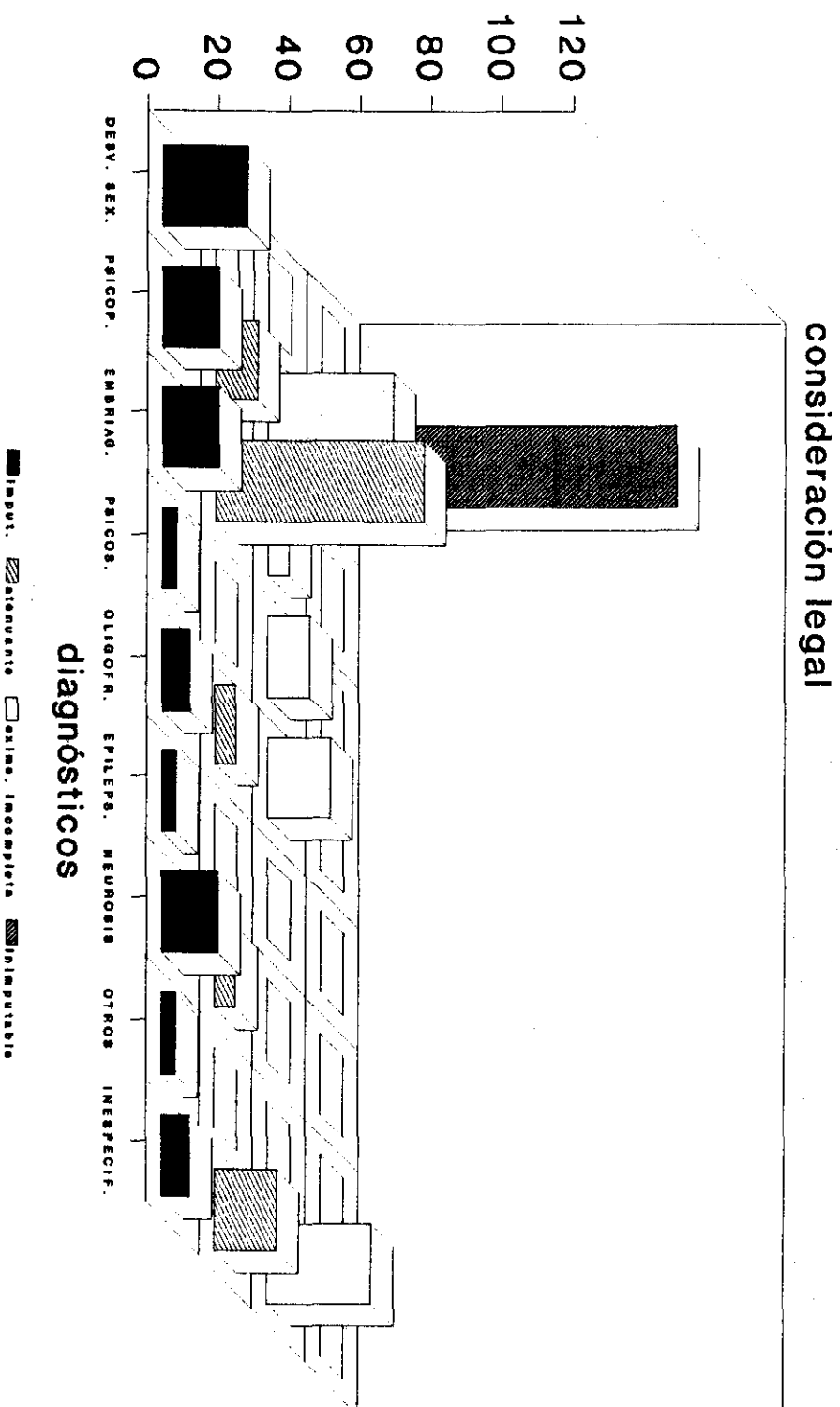
INFORMES MEDICOS Y PERITACIONES EN SENTENCIAS PENALES DEL T.S. CON REFERENCIA PSIQUIATRICA



Años 1977-78 y 1987-88

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

Diagnósticos-consideración legal en sentencias penales del T.S.

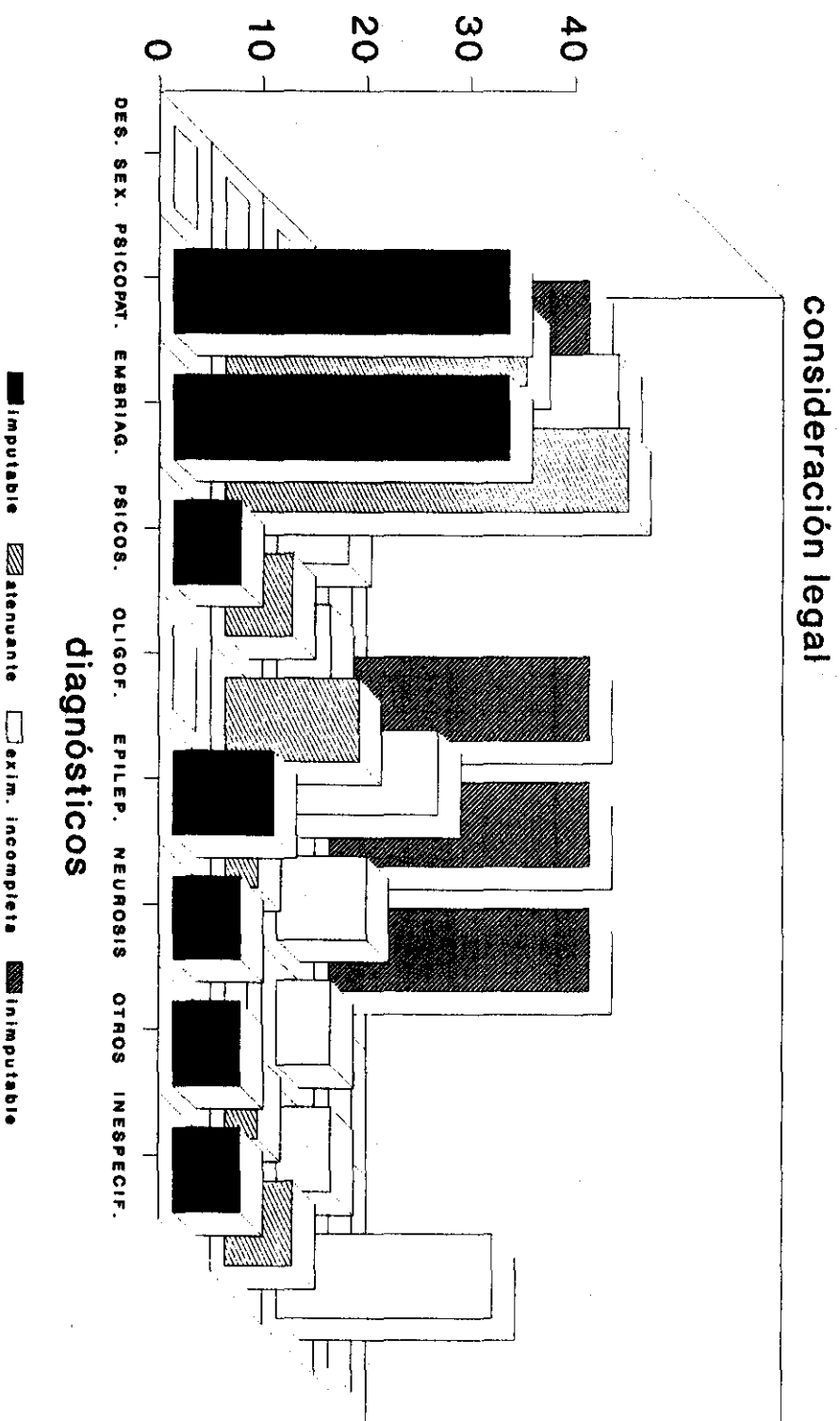


Periodos 1977-1978

GRAFICA VII

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

Diagnósticos-consideración legal en sentencias penales del T.S.

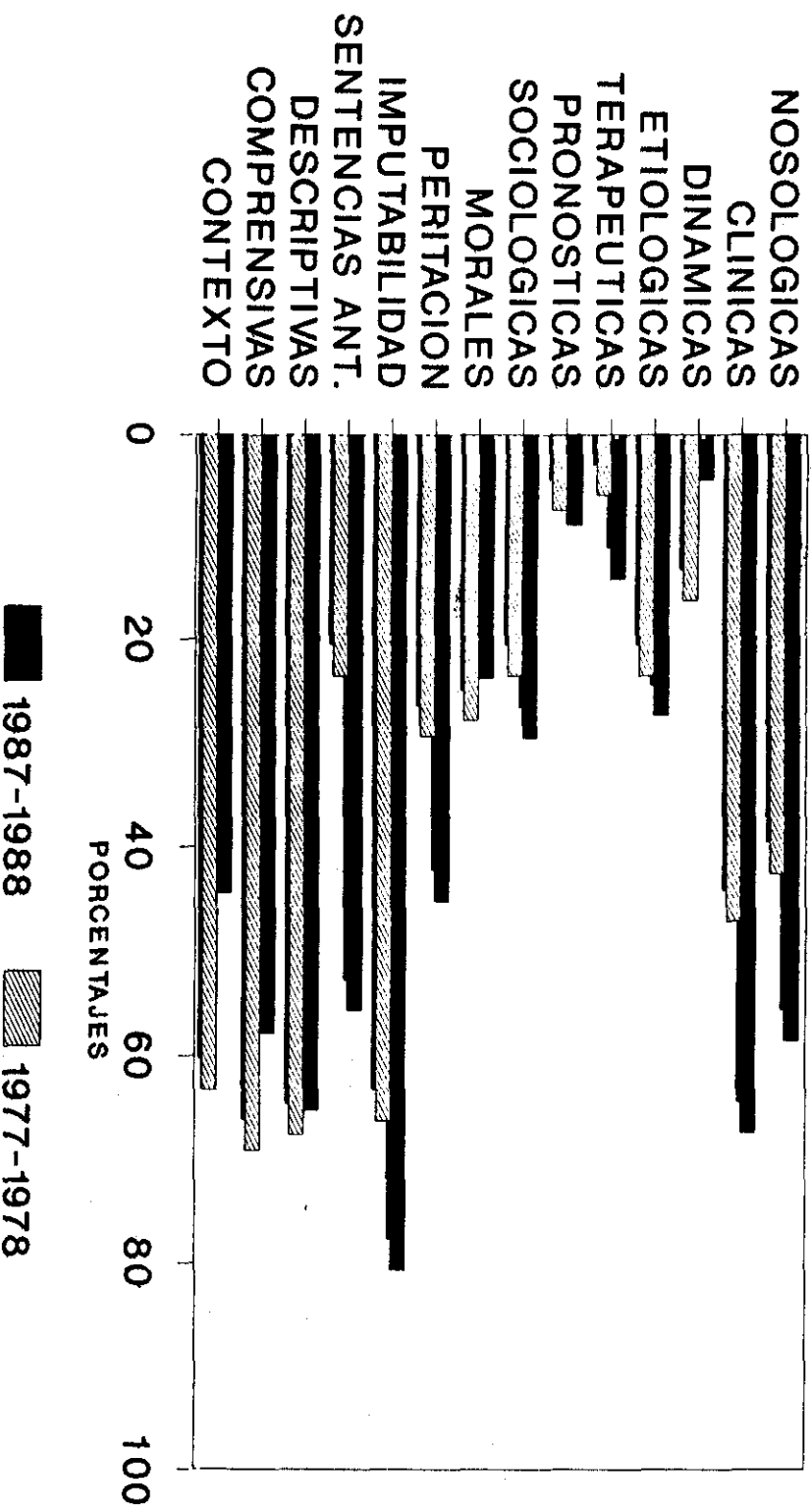


Periodos 1987-1988

GRAFICA VIII

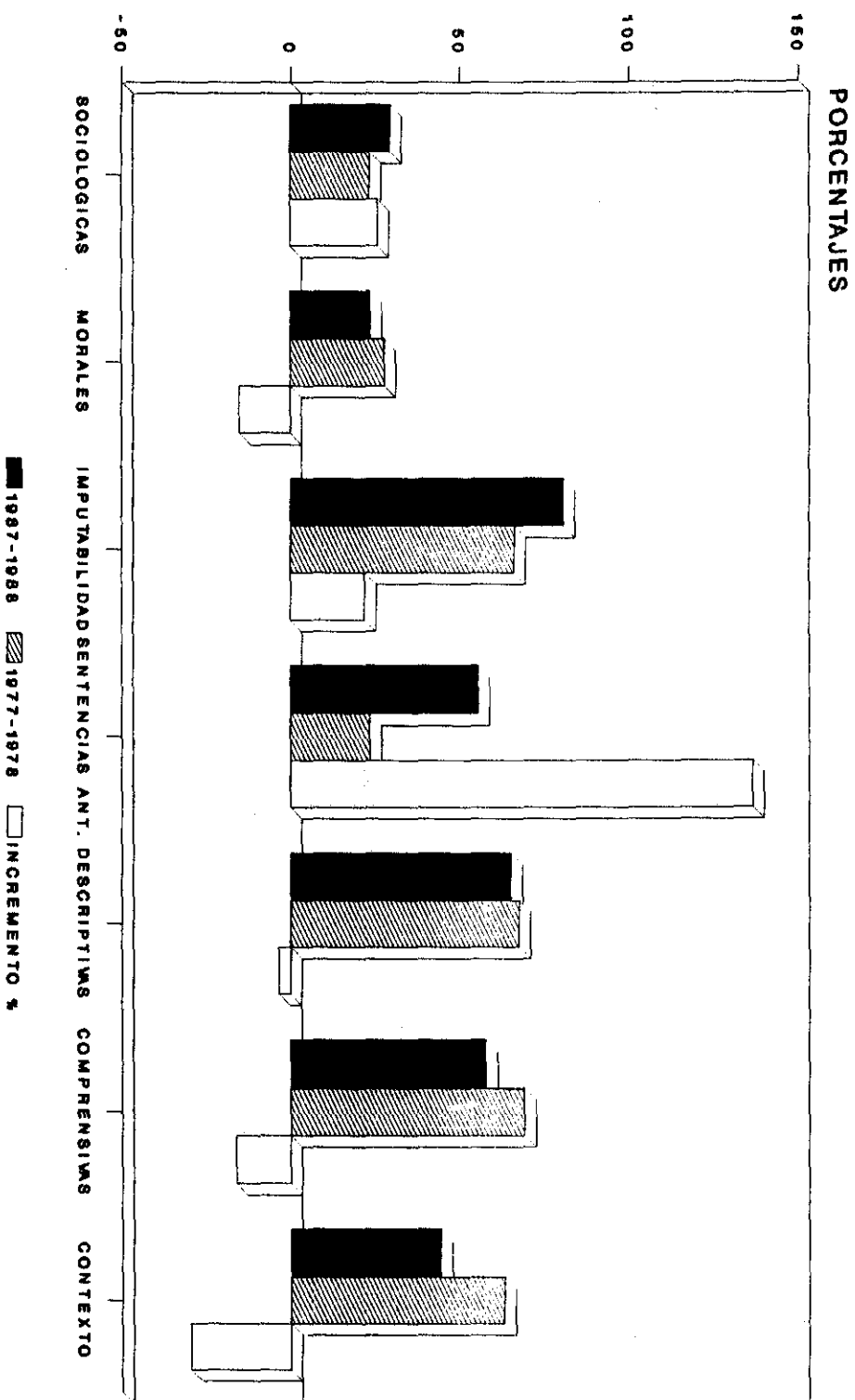
JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

Argumentaciones utilizadas en sentencias penales con referencia psiquiátrica



Periodos 1977-1978 y 1987-1988

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA Argumentaciones utilizadas en sentencias penales con referencia psiquiátrica



Periodos 1977-1978 y 1987-1988

JURISPRUDENCIA PENAL Y PSIQUIATRIA

Variación porcentual de argumentaciones psiquiátricas en sentencias penales T.S.



Periodos 1977-1978 y 1987-1988

BMDP4F - TWO-WAY AND MULTIWAY FREQUENCY TABLES -- MEASURES OF ASSOCIATION AND THE LOG-LINEAR MODEL (COMPLETE AND INCOMPLETE TABLES)

Copyright 1977, 1979, 1981, 1982, 1983, 1985, 1987, 1988, 1990
by BMDP Statistical Software, Inc.

BMDP Statistical Software, Inc.	BMDP Statistical Software
1440 Sepulveda Blvd	Cork Technology Park, Model Farm R
Los Angeles, CA 90025 USA	Cork, Ireland
Phone (213) 479-7799	Phone +353 21 542722
Fax (213) 312-0161	Fax +353 21 542822
Telex 4972934 BMDP UI	Telex 75659 SSWL EI

Version: 1990 (VAX/VMS) DATE: 22-JUL-91 AT 11:28:10
Manual: BMDP Manual Vol. 1 and Vol. 2.
Digest: BMDP User's Digest.
Updates: State NEWS. in the PRINT paragraph for summary of new features.

PROGRAM INSTRUCTIONS

```

/problem      title is 'Estudio Psiquiátrico'.
/input        variables are 22.
              format is '(A4, 21F2.0)'.
              file is for020.dat.

/variable     names are sentencia, periodo, magistrado, delito, sexo,
              diagnostico, 'calif. legal', 'sent. ant.',
              descripcion, comprension, contexto, nosologia,
              'clinic-psi', dinamicos, 'etiol.', 'terapeu.',
              'sociol.', 'pronost.', morales, peritaciones,
              'ref. input.', acuerdo.

/label        label is sentencia.

/category     codes(2) are 1, 2.
              names(2) are '77-78', '87-88'.
              cutpoint(3) is 11.
              names(3) are 'juez periodo 1', 'juez periodo 2'.
              codes(4) are 1 to 4.
              names(4) are vida, patrimonio, sexo, otros.
              codes(5) are 1, 2.
              names(5) are varon, mujer.
              codes(6) are 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
              names(6) are inespecificado, 'desviac. sexual', psicopatia,
              embriaguez, psicosis, oligofrenia, epilepsia,
              neurosis, otros.
              codes(7) are 0, 1, 2, 3, 4.
              names(7) are inespecificado, imputable, atenuante,
              'exim.incom', inimputable.
              codes(8) are 1 to 4.
              names(8) are ninguna, una, '1 - 3', 'mas de 3'.
              codes(9 to 10) are 0, 1.
              names(9 to 10) are inespecificado, especificado.
              codes(11) are 0, 1, 2, 3, 4, 5.
              names(11) are inespecificado, familiar, vecindad, publico,
              descampado, grupo.
              codes(12 to 21) are 0, 1.
              names(12 to 21) are inespecificado, especificado.
              codes(22) are 1, 2.
              names(22) are si, no.

/column       column      are sexo, delito, descripcion, comprension, conte

```

nosologia, 'clinic-psi', dinamicos, 'etiol.',
 'pronost.', 'terapeu.', diagnostico, peritac
 'ref. input.', 'calif. legal', acuerdo,
 'sent. ant.', 'sociol.', morales.

row is diagnostico.
 condition is periodo.
 cross.

/print percent = row,1col.
 /END

PROBLEM TITLE IS
 Estudio Psiquiatrico II

NUMBER OF VARIABLES TO READ 22
 NUMBER OF VARIABLES ADDED BY TRANSFORMATIONS. 0
 TOTAL NUMBER OF VARIABLES 22
 CASE FREQUENCY VARIABLE
 CASE LABELING VARIABLES sentenci
 NUMBER OF CASES TO READ TO END
 MISSING VALUES CHECKED BEFORE OR AFTER TRANS. NEITHER
 BLANKS IN THE DATA ARE TREATED AS MISSING
 INPUT FILE. for020
 REWIND INPUT UNIT PRIOR TO READING. YES
 NUMBER OF INTEGER WORDS OF MEMORY FOR STORAGE 19998
 NUMBER OF CASES DESCRIBED BY INPUT FORMAT 1

VARIABLES TO BE USED

2 periodo	3 magistra	4 delito	5 sexo	6 diagnost
7 calif. 1	8 sent. an	9 describe	10 comprens	11 contexto
12 nosologi	13 clinic-p	14 dinamico	15 etiol.	16 terapeu.
17 sociol.	18 pronost.	19 morales	20 peritaci	21 ref. inp
22 acuerdo				

DATA FORMAT:
 (A4, 21F2.0)

THE LONGEST RECORD MAY HAVE UP TO 46 CHARACTERS.

INPUT VARIABLES						VARIABLE RECORD COLUMN INPUT					
NO.	NAME	NO.	BEG	END	FORMAT	NO.	NAME	NO.	BEG	END	FORMAT
1	sentenci	1	1	4	A4	12	nosologi	1	25	26	F2.0
2	periodo	1	5	6	F2.0	13	clinic-p	1	27	28	F2.0
3	magistra	1	7	8	F2.0	14	dinamico	1	29	31	F2.0
4	delito	1	9	10	F2.0	15	etiol.	1	31	32	F2.0
5	sexo	1	11	12	F2.0	16	terapeu.	1	33	34	F2.0
6	diagnost	1	13	14	F2.0	17	sociol.	1	35	36	F2.0
7	calif. 1	1	15	16	F2.0	18	pronost.	1	37	38	F2.0
8	sent. an	1	17	18	F2.0	19	morales	1	39	40	F2.0
9	describe	1	19	20	F2.0	20	peritaci	1	41	42	F2.0
10	comprens	1	21	22	F2.0	21	ref. inp	1	43	44	F2.0
11	contexto	1	23	24	F2.0	22	acuerdo	1	45	46	F2.0

AAAAA IN THE 1-74 TABLE PARAGRAPH, THE 12-14 TABLE IS
 OMITTED SINCE THE SAME VARIABLE APPEARS AS THE INITIAL

*** NOTE *** ONLY REQUESTED OPTIONS ARE PRINTED BELOW.

INTERPRETATION OF TABLE PARAGRAPH 1.

19 TABLES ARE REQUESTED --

TABLE 1	sexo	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 2	delito	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 3	descripc	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 4	comprens	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 5	contexto	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 6	nosologi	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 7	clinic-p	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 8	dinamico	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 9	etiol.	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 10	pronost.	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 11	terapeu.	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 13	peritaci	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 14	ref. imp	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 15	calif. 1	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 16	acuerdo	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 17	sent. an	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 18	sociol.	BY	diagnost	GIVEN	periodo
TABLE 19	morales	BY	diagnost	GIVEN	periodo

INTERPRETATION OF PRINT PARAGRAPH -- APPLIED TO TABLE PARAGRAPH 1 ABC

PRINT TABLE OF OBSERVED VALUES.

PRINT TABLE OF EXCLUDED VALUES.

LIST FIRST 5 CASES WITH UNACCEPTABLE VALUES.

PRINT PERCENTS OF ROW TOTALS.

PRINT PERCENTS OF COLUMN TOTALS.

INTERPRETATION OF STATISTICS PARAGRAPH -- APPLIED TO TABLE PARAGRAPH 1

IF SPECIFIED IN YOUR INSTRUCTIONS, THE PROGRAM WILL COMPUTE CHI-SQUARE STATISTICS.

*** WARNING *** IN PARAGRAPH input THE FOLLOWING TEXT WAS NOT READ: 1st.

*** NOTE *** THE FOLLOWING INSTRUCTIONS WERE NOT FOUND:

CASE	UNIT	REW	TYPE	MULT	BLE	TAB	END
MCN	RECL	RECL	TAB				

THE MOST COMMON REASONS FOR UNREAD TEXT ARE:

- MISPELLED NAME OF PARAGRAPH, COMMAND, VARIABLE, ETC.,
- COMMAND IN THE WRONG PARAGRAPH,
- COMMAND OR PARAGRAPH REPEATED UNEXPECTEDLY,
- COMMAND OR PARAGRAPH NOT AVAILABLE IN THIS PROGRAM, OR NOT A VALID COMMAND.

RECORDS FOR EACH CASE: 1

IF THERE ARE 200 CASES 200 200

VARIABLE NO. NAME	MEAN	STD. DEV.	MIN. VALUE	MAX. VALUE	TOTAL FREQ.	NO. OF VALUE		
						MISSING	LE	GT
2 periodo	1.67	0.47	1.00	2.00	203	0	0	0
4 delito	2.12	1.01	1.00	4.00	203	0	0	0
5 sexo	1.05	0.22	1.00	2.00	203	0	0	0
6 diagnost	3.06	2.22	0.00	8.00	203	0	0	0
7 calif. 1	1.98	1.06	0.00	4.00	203	0	0	0
8 sent. an	2.07	1.29	1.00	4.00	203	0	0	0
9 descrip	0.66	0.47	0.00	1.00	203	0	0	0
10 comprens	0.62	0.49	0.00	1.00	203	0	0	0
11 contexto	1.36	1.60	0.00	5.00	203	0	0	0
12 nosologi	0.53	0.50	0.00	1.00	203	0	0	0
13 clinic-p	0.61	0.49	0.00	1.00	203	0	0	0
14 dinamico	0.08	0.28	0.00	1.00	203	0	0	0
15 etiol.	0.26	0.44	0.00	1.00	203	0	0	0
16 terapau.	0.11	0.32	0.00	1.00	203	0	0	0
17 sociol.	0.28	0.45	0.00	1.00	203	0	0	0
18 pronost.	0.08	0.28	0.00	1.00	203	0	0	0
19 morales	0.25	0.43	0.00	1.00	203	0	0	0
20 peritaci	0.40	0.49	0.00	1.00	203	0	0	0
21 ref. imp	0.76	0.43	0.00	1.00	203	0	0	0
22 acuerdo	1.76	0.43	1.00	2.00	203	0	0	0

VARIABLE NO. NAME	STATED VALUES FOR			CODE	GROUP INDEX	CATEGORY NAME	INTERVAL	
	MINIMUM	MAXIMUM	MISSING				LE	GT
2 periodo				1.000	1	77-78		
				2.000	2	87-88		
4 delito				1.000	1	vida		
				2.000	2	patrimon		
				3.000	3	sexo		
				4.000	4	otros		
5 sexo				1.000	1	varon		
				2.000	2	mujer		
6 diagnost				0.000	1	inespeci		
				1.000	2	desvio		
				2.000	3	psicopat		
				3.000	4	esbirra		
				4.000	5	psicosis		
				5.000	6	oligofr		
				6.000	7	epileps		
				7.000	8	neurosis		
				8.000	9	otros		
7 calif 1				0.000	1	inspecif		
				1.000	2	inspecif		
				2.000	3	inspecif		
				3.000	4	inspecif		

		4.000	5	iniaputa
8	sent. an	1.000	1	ninguna
		2.000	2	una
		3.000	3	1 - 3
		4.000	4	mas de 3
9	descripto	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
10	comprens	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
11	contexto	0.000	1	inespeci
		1.000	2	familiar
		2.000	3	vecindad
		3.000	4	publico
		4.000	5	descampa
		5.000	6	grupo
12	nosologi	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
13	clinic-p	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
14	dinamico	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
15	etiol.	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
16	terapeu.	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
17	social.	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
18	prognost.	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
19	morales	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
20	peritaci	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
21	ref. imp	0.000	1	inespeci
		1.000	2	especifi
22	acuerdo	1.000	1	si
		2.000	2	no

 * TABLE PARAGRAPH 1 *

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 1

USING LEVEL : 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		
	varon	mujer	TOTAL
inespeci	13	1	14
desviac.	6	0	6
psicopat	12	2	14
embriagu	15	0	15
psicosis	3	0	3
oligofre	7	0	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	5	0	5
otros	1	1	2
TOTAL	64	4	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		
	varon	mujer	TOTAL
inespeci	92.9	7.1	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	85.7	14.3	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	100.0	0.0	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	50.0	50.0	100.0
TOTAL	94.1	5.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		TOTAL
	varon	mujer	
inespeci	20.3	25.0	20.6
desviac.	9.4	0.0	8.8
psicopat	18.8	50.0	20.6
embriagu	23.4	0.0	22.1
psicosis	4.7	0.0	4.4
oligofre	10.9	0.0	10.3
epilepsi	3.1	0.0	2.9
neurosis	7.8	0.0	7.4
otros	1.6	25.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 1

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.12

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	11.232	8	0.1889

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 1

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		TOTAL
	varon	mujer	
inespeci	18	2	20
desviac.	1	0	1
psicopat	38	2	40
embriagu	27	0	27
psicosis	3	0	3
oligofre	15	1	16
epilepsi	10	0	10
neurosis	6	0	6
otros	6	1	7
TOTAL	129	6	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		
	varon	mujer	TOTAL
inespeci	90.0	10.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	95.0	5.0	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	93.8	6.3	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	85.7	14.3	100.0
TOTAL	95.6	4.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sexo		
	varon	mujer	TOTAL
inespeci	14.0	33.3	14.8
desviac.	0.8	0.0	0.7
psicopat	29.5	33.3	29.6
embriagu	20.9	0.0	20.0
psicosis	6.2	0.0	5.9
oligofre	11.6	16.7	11.9
epilepsi	7.8	0.0	7.4
neurosis	4.7	0.0	4.4
otros	4.7	16.7	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 1

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.04

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	5.620	8	0.6897

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 2

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	delito				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
inespeci	5	3	5	1	14
desviac.	0	1	5	0	6
psicopat	6	2	4	2	14
embriagu	4	2	6	3	15
psicosis	2	0	1	0	3
oligofre	1	2	3	1	7
epilepsi	0	1	0	1	2
neurosis	1	4	0	0	5
otros	0	1	0	1	2
TOTAL	19	16	24	9	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 2

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	delito				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
inespeci	35.7	31.4	35.7	7.1	100.0
desviac.	0.0	16.7	83.3	0.0	100.0
psicopat	42.9	14.3	28.6	14.3	100.0
embriagu	26.7	13.3	40.0	20.0	100.0
psicosis	66.7	0.0	33.3	0.0	100.0
oligofre	14.3	28.6	42.9	14.3	100.0
epilepsi	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0
neurosis	20.0	80.0	0.0	0.0	100.0
otros	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0
TOTAL	27.9	23.5	35.3	13.2	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 2

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	delito				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
inespeci	26.3	18.8	20.8	11.1	20.6
desviac.	0.0	6.3	20.8	0.0	8.8
psicopat	31.6	12.5	16.7	22.2	20.6
embriagu	21.1	12.5	25.0	33.3	22.1
psicosis	10.5	0.0	4.2	0.0	4.4
oligofre	5.3	12.5	12.5	11.1	10.3
epilepsi	0.0	6.3	0.0	11.1	2.9
neurosis	5.3	25.0	0.0	0.0	7.4
otros	0.0	6.3	0.0	11.1	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 2

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.26

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	30.834	24	0.1596

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 2

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	delito				TOTAL
	vida	patrimon	sexo	otros	
inespeci	7	7	5	1	20
desviac.	0	0	0	1	1
psicopat	17	15	3	5	40
embriagu	11	6	3	7	27
psicosis	4	4	0	0	8
oligofre	5	6	5	0	16
epilepsi	2	2	0	0	10
neurosis	2	3	1	0	6
otros	1	3	1	2	7
TOTAL	49	52	15	15	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 2

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	delito				
	vida	patrimon	sexo	otros	TOTAL
inespeci	35.0	35.0	25.0	5.0	100.0
desviac.	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
psicopat	42.5	37.5	7.5	12.5	100.0
embriagu	40.7	22.2	11.1	25.9	100.0
psicosis	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0
oligofre	31.3	37.5	31.3	0.0	100.0
epilepsi	20.0	80.0	0.0	0.0	100.0
neurosis	33.3	50.0	16.7	0.0	100.0
otros	14.3	42.9	14.3	28.6	100.0
TOTAL	36.3	38.5	13.3	11.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 2

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	delito				
	vida	patrimon	sexo	otros	TOTAL
inespeci	14.3	13.5	27.8	6.3	14.8
desviac.	0.0	0.0	0.0	6.3	0.7
psicopat	34.7	28.8	16.7	31.3	29.6
embriagu	22.4	11.5	16.7	43.8	20.0
psicosis	8.2	7.7	0.0	0.0	5.9
oligofre	10.2	11.5	27.8	0.0	11.9
epilepsi	4.1	15.4	0.0	0.0	7.4
neurosis	4.1	5.8	5.6	0.0	4.4
otros	2.0	5.8	5.6	12.5	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 2

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.12

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	38.326	24	0.0321

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 3

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	descripc		
	inespeci	especifici	TOTAL
inespeci	7	7	14
desviac.	0	6	6
psicopat	4	10	14
embriagu	3	12	15
psicosis	0	3	3
oligofre	5	2	7
epilepsi	0	2	2
neurosis	2	3	5
otros	1	1	2
TOTAL	22	46	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 3

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	descripc		
	inespeci	especifici	TOTAL
inespeci	50.0	50.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	28.6	71.4	100.0
embriagu	20.0	80.0	100.0
psicosis	0.0	100.0	100.0
oligofre	71.4	28.6	100.0
epilepsi	0.0	100.0	100.0
neurosis	40.0	60.0	100.0
otros	50.0	50.0	100.0
TOTAL	32.4	67.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 3

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	descripc		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	31.8	15.2	20.6
desviac.	0.0	13.0	8.3
psicopat	18.2	21.7	20.6
embriagu	13.6	26.1	22.1
psicosis	0.0	6.5	4.4
oligofre	22.7	4.3	10.3
epilepsi	0.0	4.3	2.9
neurosis	9.1	6.5	7.4
otros	4.5	2.2	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 3

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.65

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	13.692	8	0.0902

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 3

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	descripc		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	8	12	20
desviac.	0	1	1
psicopat	18	22	40
embriagu	6	21	27
psicosis	1	7	8
oligofre	6	10	16
epilepsi	5	5	10
neurosis	1	5	6
otros	2	5	7
TOTAL	47	85	132

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 3

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	descripc		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	40.0	60.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	45.0	55.0	100.0
embriagu	22.2	77.8	100.0
psicosis	12.5	87.5	100.0
oligofre	37.5	62.5	100.0
epilepsi	50.0	50.0	100.0
neurosis	16.7	83.3	100.0
otros	28.6	71.4	100.0
TOTAL	34.8	65.2	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 3

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	descripc		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	17.0	13.6	14.3
desviac.	0.0	1.1	0.7
psicopat	33.3	25.0	29.6
embriagu	12.8	23.9	20.0
psicosis	2.1	8.0	5.9
oligofre	12.8	11.4	11.9
epilepsi	10.6	5.7	7.4
neurosis	2.1	5.7	4.4
otros	4.3	5.7	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 3

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.35

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	8.299	8	0.4048

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 4

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	comprends		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	8	6	14
desviac.	1	5	6
psicopat	2	12	14
embriagu	2	13	15
psicosis	1	2	3
oligofre	4	3	7
epilepsi	1	1	2
neurosis	2	3	5
otros	0	2	2
-----	-----	-----	-----
TOTAL	21	47	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 4

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	comprends		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	57.1	42.9	100.0
desviac.	16.7	33.3	100.0
psicopat	14.3	85.7	100.0
embriagu	13.3	86.7	100.0
psicosis	33.3	66.7	100.0
oligofre	57.1	42.9	100.0
epilepsi	50.0	50.0	100.0
neurosis	40.0	60.0	100.0
otros	0.0	100.0	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	30.9	69.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 4

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	comprends		
	inespeci	especifici	TOTAL
inespeci	38.1	12.8	20.6
desviac.	4.8	10.6	8.8
psicopat	9.5	25.5	20.6
embriagu	9.5	27.7	22.1
psicosis	4.8	4.3	4.4
oligofre	19.0	6.4	10.3
epilepsi	4.8	2.1	2.9
neurosis	9.5	6.4	7.4
otros	0.0	4.3	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 4

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.62

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	12.763	8	0.1203

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 4

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	comprends		
	inespeci	especifici	TOTAL
inespeci	14	5	20
desviac.	1	0	1
psicopat	13	27	40
embriagu	10	17	27
psicosis	1	7	8
oligofre	0	7	16
epilepsi	4	6	10
neurosis	4	2	6
otros	1	5	7
TOTAL	57	71	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 4

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost comprehens

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	70.0	30.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	32.5	67.5	100.0
embriagu	37.0	63.0	100.0
psicosis	12.5	87.5	100.0
oligofre	56.3	43.8	100.0
epilepsi	40.0	60.0	100.0
neurosis	66.7	33.3	100.0
otros	14.3	85.7	100.0
TOTAL	42.2	57.8	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 4

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost comprehens

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	24.6	7.7	14.8
desviac.	1.8	0.0	0.7
psicopat	22.8	34.6	29.6
embriagu	17.5	21.6	20.0
psicosis	1.8	9.0	5.9
oligofre	15.2	9.0	11.9
epilepsi	7.0	7.7	7.4
neurosis	7.0	2.6	4.4
otros	1.8	7.7	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 4

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.42

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	17.459	8	0.0257

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 5

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	contexto						
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	TOTAL
inespeci	7	2	0	4	1	0	14
desviac.	0	0	1	2	1	2	6
psicopat	4	2	0	5	1	2	14
embriagu	4	2	2	6	1	0	15
psicosis	0	2	0	0	1	0	3
oligofre	5	1	1	0	0	0	7
epilepsi	1	0	0	1	0	0	2
neurosis	3	1	0	1	0	0	5
otros	1	0	0	1	0	0	2
TOTAL	25	10	4	20	5	4	66

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 5

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	contexto						
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	TOTAL
inespeci	50.0	14.3	0.0	28.6	7.1	0.0	100.0
desviac.	0.0	0.0	16.7	33.3	16.7	33.3	100.0
psicopat	28.6	14.3	0.0	35.7	7.1	14.3	100.0
embriagu	26.7	13.3	13.3	40.0	6.7	0.0	100.0
psicosis	0.0	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0
oligofre	71.4	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	100.0
epilepsi	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	100.0
neurosis	60.0	20.0	0.0	20.0	0.0	0.0	100.0
otros	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	100.0
TOTAL	36.8	14.7	5.9	29.4	7.4	5.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 5

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo			
	*****			*****			
diagnost	contexto						
	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	TOTAL
inespeci	28.0	20.0	0.0	20.0	20.0	0.0	20.6
desviac.	0.0	0.0	25.0	10.0	20.0	50.0	8.9
psicopat	16.0	20.0	0.0	25.0	20.0	50.0	20.6
embriagu	16.0	20.0	50.0	30.0	20.0	0.0	22.1
psicosis	0.0	20.0	0.0	0.0	20.0	0.0	4.4
oligofre	20.0	10.0	25.0	0.0	0.0	0.0	10.3
epilepsi	4.0	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	2.9
neurosis	12.0	10.0	0.0	5.0	0.0	0.0	7.4
otros	4.0	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 5

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.12

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	42.056	40	0.3819

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 5

USING LEVEL	87-88	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	contexto			
-----	-----			
	inespeci	familiar	vecindad publico	descampa grupo TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----
inespeci	10	4	1	3 1 1 20
desviac.	1	0	0	0 0 0 1
psicopat	23	2	0	9 1 2 40
embriagu	13	4	0	7 2 1 27
psicosis	3	0	1	4 0 0 8
oligofre	10	3	1	1 1 0 16
epilepsi	7	2	0	1 0 0 10
neurosis	2	1	0	3 0 0 6
otros	3	1	0	1 1 1 7
-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	73	17	3	25 6 3 127

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

USING LEVEL 87-88. OF VARIABLE 2 periodo

	inespeci	familiar	vecindad	publico	descampa	grupo	TOTAL
inespeci	50.0	20.0	5.0	15.0	5.0	5.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
psicopat	65.0	5.0	0.0	22.5	2.5	5.0	100.0
embriagu	48.1	14.8	0.0	25.9	7.4	3.7	100.0
psicosis	37.5	0.0	12.5	50.0	0.0	0.0	100.0
oligofre	62.5	18.8	6.3	6.3	6.3	0.0	100.0
epilepsi	70.0	20.0	0.0	10.0	0.0	0.0	100.0
neurosis	33.3	16.7	0.0	50.0	0.0	0.0	100.0
otros	42.9	14.3	0.0	14.3	14.3	14.3	100.0
TOTAL	55.6	12.6	2.2	21.5	4.4	3.7	100.0

```

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo
*****

```

[illegible]

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 5

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.02

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	31.971	40	0.8133

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 6

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	13	1	14
desviac.	3	3	6
psicopat	5	9	14
embriagu	14	1	15
psicosis	0	3	3
oligofre	1	6	7
epilepsi	1	1	2
neurosis	0	5	5
otros	2	0	2
TOTAL	39	29	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 6

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	92.9	7.1	100.0
desviac.	50.0	50.0	100.0
psicopat	35.7	64.3	100.0
embriagu	93.3	6.7	100.0
psicosis	0.0	100.0	100.0
oligofre	14.3	85.7	100.0
epilepsi	50.0	50.0	100.0
neurosis	0.0	100.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	37.4	62.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 6

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	33.3	3.4	20.6
desviac.	7.7	10.3	8.8
psicopat	12.8	31.0	20.6
embriagu	35.9	3.4	22.1
psicosis	0.0	10.3	4.4
oligofre	2.6	20.7	10.3
epilepsi	2.6	3.4	2.9
neurosis	0.0	17.2	7.4
otros	5.1	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 6

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.35

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	35.565	8	0.0000

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 6

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	18	2	20
desviac.	1	0	1
psicopat	3	37	40
embriagu	23	4	27
psicosis	1	7	8
oligofre	2	14	16
epilepsi	4	6	10
neurosis	1	5	6
otros	2	4	6
TOTAL	55	75	130

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 6

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	90.0	10.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	7.5	92.5	100.0
embriagu	85.2	14.8	100.0
psicosis	12.5	87.5	100.0
oligofre	12.5	87.5	100.0
epilepsi	40.0	60.0	100.0
neurosis	16.7	83.3	100.0
otros	42.9	57.1	100.0
TOTAL	41.5	58.5	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 6

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	nosologi		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	32.1	2.5	14.8
desviac.	1.3	0.0	0.7
psicopat	5.4	46.8	29.6
embriagu	41.1	5.1	20.0
psicosis	1.8	8.9	5.9
oligofre	3.6	17.7	11.9
epilepsi	7.1	7.6	7.4
neurosis	1.3	6.3	4.4
otros	5.4	5.1	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 6

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.41

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	70.920	8	0.0000

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 7

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost clinic-p

	inespeci especifici		TOTAL
inespeci	11	3	14
desviac.	5	1	6
psicopat	2	12	14
embriagu	10	5	15
psicosis	1	2	3
oligofre	2	5	7
epilepsi	1	1	2
neurosis	2	3	5
otros	2	0	2
TOTAL	36	32	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 7

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost clinic-p

	inespeci especifici		TOTAL
inespeci	78.6	21.4	100.0
desviac.	83.3	16.7	100.0
psicopat	14.3	85.7	100.0
embriagu	66.7	33.3	100.0
psicosis	33.3	66.7	100.0
oligofre	28.6	71.4	100.0
epilepsi	50.0	50.0	100.0
neurosis	40.0	60.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	52.9	47.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 7

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	clinic-p		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	30.6	9.4	20.6
desviac.	13.9	3.1	8.8
psicopat	5.6	37.5	20.6
embriagu	27.8	15.6	22.1
psicosis	2.8	6.3	4.4
oligofre	5.6	15.6	10.3
epilepsi	2.8	3.1	2.9
neurosis	5.6	9.4	7.4
otros	5.6	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 7

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.94

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	19.700	3	0.0115

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 7

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	clinic-p		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	15	5	20
desviac.	1	0	1
psicopat	9	31	40
embriagu	14	13	27
psicosis	1	7	8
oligofre	1	15	16
epilepsi	0	10	10
neurosis	3	3	6
otros	0	7	7
TOTAL	44	91	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 7

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	clinic-p		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	75.0	25.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	22.5	77.5	100.0
embriagu	51.9	48.1	100.0
psicosis	12.5	87.5	100.0
oligofre	6.3	93.8	100.0
epilepsi	0.0	100.0	100.0
neurosis	50.0	50.0	100.0
otros	0.0	100.0	100.0
-----	-----	-----	-----
TOTAL	32.6	67.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 7

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	clinic-p		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	34.1	5.5	14.8
desviac.	2.3	0.0	0.7
psicopat	20.5	34.1	29.6
embriagu	31.3	14.3	20.0
psicosis	2.3	7.7	5.9
oligofre	2.3	16.5	11.3
epilepsi	0.0	11.0	7.4
neurosis	6.3	3.3	4.4
otros	0.0	7.7	5.2
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 7

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.33

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	40.424	8	0.0000

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 8

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	dinamico	
-----	-----	
	inespeci	especifi TOTAL

inespeci	14	0	14
desviac.	5	1	6
psicopat	10	4	14
embriagu	14	1	15
psicosis	3	0	3
oligofre	5	2	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	2	3	5
otros	2	0	2
TOTAL	57	11	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 8

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	dinamico	
-----	-----	
	inespeci	especifi TOTAL

inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	8.3	1.7	100.0
psicopat	71.4	28.6	100.0
embriagu	93.3	6.7	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	71.4	28.6	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	40.0	60.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	83.3	16.2	100.0

AAAAA PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 8

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	dinámico			

	inespeci	especifi	TOTAL	
inespeci	24.6	0.0	20.6	
desviac.	8.8	9.1	8.8	
psicopat	17.5	35.4	20.6	
embriagu	24.6	9.1	22.1	
psicosis	5.3	0.0	4.4	
oligofre	8.8	18.2	10.3	
epilepsi	3.5	0.0	2.9	
neurosis	3.5	27.3	7.4	
otros	3.5	0.0	2.9	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	

AAAAA ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 8

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.32

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	14.515	8	0.0693

AAAAA OBSERVED FREQUENCY TABLE 8

USING LEVEL	87-88	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	dinámico			

	inespeci	especifi	TOTAL	
inespeci	20	0	20	
desviac.	1	0	1	
psicopat	36	4	40	
embriagu	27	0	27	
psicosis	3	0	3	
oligofre	14	2	16	
epilepsi	10	0	10	
neurosis	6	0	6	
otros	7	0	7	
TOTAL	129	6	135	

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 8

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost dinamico

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	90.0	10.0	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	87.5	12.5	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	95.6	4.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 8

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost dinamico

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	15.5	0.0	14.8
desviac.	0.8	0.0	0.7
psicopat	27.9	66.7	29.6
embriagu	20.9	0.0	20.0
psicosis	6.2	0.0	5.9
oligofre	10.9	33.3	11.9
epilepsi	7.8	0.0	7.4
neurosis	4.7	0.0	4.4
otros	5.4	0.0	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 8

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.04

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	9.026	8	0.3401

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 9

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost. etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	14	0	14
desviac.	3	3	6
psicopat	10	4	14
embriagu	13	2	15
psicosis	2	1	3
oligofre	5	2	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	1	4	5
otros	2	0	2
TOTAL	52	16	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 9

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost. etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	50.0	50.0	100.0
psicopat	71.4	28.6	100.0
embriagu	86.7	13.3	100.0
psicosis	66.7	33.3	100.0
oligofre	71.4	28.6	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	20.0	80.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	76.5	23.5	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 9

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	26.9	0.0	20.6
desviac.	5.8	18.8	8.8
psicopat	19.2	25.0	20.6
embriagu	25.0	12.5	22.1
psicosis	3.8	6.3	4.4
oligofre	9.6	12.5	10.3
epilepsi	3.8	0.0	2.9
neurosis	1.9	25.0	7.4
otros	3.8	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 9

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.47

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	18.060	8	0.0208

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 9

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	20	0	20
desviac.	1	0	1
psicopat	25	15	40
embriagu	22	5	27
psicosis	4	4	8
oligofre	12	4	16
epilepsi	6	4	10
neurosis	4	2	6
otros	4	3	7
TOTAL	92	37	129

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 9

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	62.5	37.5	100.0
embriagu	81.5	18.5	100.0
psicosis	50.0	50.0	100.0
oligofre	75.0	25.0	100.0
epilepsi	60.0	40.0	100.0
neurosis	66.7	33.3	100.0
otros	57.1	42.9	100.0
TOTAL	72.6	27.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 9

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost etiol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	20.4	0.0	14.8
desviac.	1.0	0.0	0.7
psicopat	25.5	40.5	29.6
embriagu	22.4	13.5	20.0
psicosis	4.1	10.8	5.9
oligofre	12.2	10.8	11.9
epilepsi	6.1	10.8	7.4
neurosis	4.1	5.4	4.4
otros	4.1	8.1	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 9

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.27

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	14.890	8	0.0613

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 10

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	pronost.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	14	0	14
desviac.	4	2	6
psicopat	12	2	14
embriagu	15	0	15
psicosis	2	1	3
oligofre	7	0	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	5	0	5
otros	2	0	2
TOTAL	63	5	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 10

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	pronost.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	63.7	33.3	100.0
psicopat	85.7	14.3	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	66.7	33.3	100.0
oligofre	100.0	0.0	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	92.6	7.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 10

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	pronost.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	22.2	0.0	20.6
desviac.	6.3	40.0	8.8
psicopat	19.0	40.0	20.6
embriagu	23.8	0.0	22.1
psicosis	3.2	20.0	4.4
oligofre	11.1	0.0	10.3
epilepsi	3.2	0.0	2.9
neurosis	7.9	0.0	7.4
otros	3.2	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 10

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.15

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	13.477	3	0.0955

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 10

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	pronost.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	20	0	20
desviac.	1	0	1
psicopat	33	7	40
embriagu	27	0	27
psicosis	7	1	8
oligofre	15	1	16
epilepsi	9	1	10
neurosis	5	1	6
otros	3	1	7
TOTAL	123	12	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 10

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. pronost.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	100.0	0.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	82.5	17.5	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	87.5	12.5	100.0
oligofre	93.8	6.3	100.0
epilepsi	90.0	10.0	100.0
neurosis	83.3	16.7	100.0
otros	85.7	14.3	100.0
TOTAL	91.1	8.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 10

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. pronost.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	16.3	0.0	14.8
desviac.	0.8	0.0	0.7
psicopat	26.8	58.3	29.6
embriagu	22.0	0.0	20.0
psicosis	5.7	8.3	5.9
oligofre	12.2	8.3	11.9
epilepsi	7.3	8.3	7.4
neurosis	4.1	8.3	4.4
otros	4.9	8.3	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 10

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.09

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	9.327	8	0.3155

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 11

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost terapeu.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	13	1	14
desviac.	5	1	6
psicopat	14	0	14
embriagu	15	0	15
psicosis	2	1	3
oligofre	7	0	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	5	0	5
otros	1	1	2
TOTAL	64	4	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 11

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost terapeu.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	92.9	7.1	100.0
desviac.	83.3	16.7	100.0
psicopat	100.0	0.0	100.0
embriagu	100.0	0.0	100.0
psicosis	66.7	33.3	100.0
oligofre	100.0	0.0	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	50.0	50.0	100.0
TOTAL	94.1	5.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 11

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. terapeu.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	20.3	25.0	20.6
desviac.	7.8	25.0	8.8
psicopat	21.9	0.0	20.6
embriagu	23.4	0.0	22.1
psicosis	3.1	25.0	4.4
oligofre	10.9	0.0	10.3
epilepsi	3.1	0.0	2.9
neurosis	7.8	0.0	7.4
otros	1.6	25.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 11

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.12

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	15.103	8	0.0572

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 11

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost. terapeu.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	19	1	20
desviac.	0	1	1
psicopat	34	6	40
embriagu	26	1	27
psicosis	7	1	8
oligofre	11	5	16
epilepsi	9	1	10
neurosis	4	2	6
otros	5	1	7
TOTAL	116	19	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 11

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	terapeu.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	95.0	5.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	85.0	15.0	100.0
embriagu	96.3	3.7	100.0
psicosis	87.5	12.5	100.0
oligofre	68.8	31.3	100.0
epilepsi	90.0	10.0	100.0
neurosis	66.7	33.3	100.0
otros	85.7	14.3	100.0
TOTAL	85.9	14.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 11

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	terapeu.		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	16.4	5.3	14.8
desviac.	0.0	5.3	0.7
psicopat	29.3	31.6	29.6
embriagu	22.4	5.3	20.0
psicosis	6.0	5.3	5.9
oligofre	9.5	26.3	11.9
epilepsi	7.8	5.3	7.4
neurosis	3.4	10.5	4.4
otros	5.2	5.3	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 11

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.14

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	15.794	8	0.0454

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	peritaci		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	10	4	14
desviac.	5	1	6
psicopat	9	5	14
embriagu	12	3	15
psicosis	2	1	3
oligofre	4	3	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	3	2	5
otros	1	1	2
TOTAL	48	20	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 13

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	peritaci		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	71.4	28.6	100.0
desviac.	83.3	16.7	100.0
psicopat	64.3	35.7	100.0
embriagu	80.0	20.0	100.0
psicosis	66.7	33.3	100.0
oligofre	57.1	42.9	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	60.0	40.0	100.0
otros	50.0	50.0	100.0
TOTAL	70.6	29.4	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 13

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	peritaci	
	inespeci	especifi
	TOTAL	
inespeci	20.8	20.0
desviac.	10.4	5.0
psicopat	18.8	25.0
embriagu	25.0	15.0
psicosis	4.2	5.0
oligofre	8.3	15.0
epilepsi	4.2	0.0
neurosis	6.3	10.0
otros	2.1	5.0
TOTAL	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.59

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	3.525	8	0.8972

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

USING LEVEL 87-89 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	peritaci	
	inespeci	especifi
	TOTAL	
inespeci	14	5
desviac.	1	0
psicopat	17	23
embriagu	24	3
psicosis	4	4
oligofre	5	11
epilepsi	4	6
neurosis	2	4
otros	3	4
TOTAL	74	61

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 13

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	peritaci		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	70.0	30.0	100.0
desviac.	100.0	0.0	100.0
psicopat	42.5	57.5	100.0
embriagu	88.9	11.1	100.0
psicosis	50.0	50.0	100.0
oligofre	31.3	68.8	100.0
epilepsi	40.0	60.0	100.0
neurosis	33.3	66.7	100.0
otros	42.9	57.1	100.0
TOTAL	54.8	45.2	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 13

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	peritaci		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	18.9	9.8	14.8
desviac.	1.4	0.0	0.7
psicopat	23.0	37.7	29.6
embriagu	32.4	4.9	20.0
psicosis	5.4	6.6	5.9
oligofre	6.3	13.0	11.9
epilepsi	5.4	9.8	7.4
neurosis	2.7	6.6	4.4
otros	4.1	6.6	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.45

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	23.862	8	0.0024

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 14

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	ref.	imp	
		inespeci	especifi
		TOTAL	
inespeci	8	6	14
desviac.	5	1	6
psicopat	0	14	14
embriagu	7	8	15
psicosis	1	2	3
oligofre	2	5	7
epilepsi	0	2	2
neurosis	0	5	5
otros	0	2	2
TOTAL	23	45	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 14

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	ref.	imp	
		inespeci	especifi
		TOTAL	
inespeci	57.1	42.9	100.0
desviac.	83.3	16.7	100.0
psicopat	0.0	100.0	100.0
embriagu	46.7	53.3	100.0
psicosis	33.3	66.7	100.0
oligofre	28.6	71.4	100.0
epilepsi	0.0	100.0	100.0
neurosis	0.0	100.0	100.0
otros	0.0	100.0	100.0
TOTAL	33.3	66.7	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 14

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	ref.	imp		
	inespeci	especifi	TOTAL	
inespeci	34.8	13.3	20.6	
desviac.	21.7	2.2	8.8	
psicopat	0.0	31.1	20.6	
embriagu	30.4	17.8	22.1	
psicosis	4.3	4.4	4.4	
oligofre	8.7	11.1	10.3	
epilepsi	0.0	4.4	2.9	
neurosis	0.0	11.1	7.4	
otros	0.0	4.4	2.9	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 14

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.68

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	22.919	3	0.0035

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 14

USING LEVEL	87-88	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	ref.	imp		
	inespeci	especifi	TOTAL	
inespeci	9	11	20	
desviac.	0	1	1	
psicopat	5	35	40	
embriagu	3	24	27	
psicosis	3	5	8	
oligofre	2	14	16	
epilepsi	2	8	10	
neurosis	1	5	6	
otros	1	1	2	
TOTAL	26	105	131	

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 14

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	ref. imp		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	45.0	55.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	12.5	87.5	100.0
embriagu	11.1	88.9	100.0
psicosis	37.5	62.5	100.0
oligofre	12.5	87.5	100.0
epilepsi	20.0	80.0	100.0
neurosis	16.7	83.3	100.0
otros	14.3	85.7	100.0
TOTAL	19.3	80.7	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 14

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	ref. imp		
	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	34.6	10.1	14.8
desviac.	0.0	0.9	0.7
psicopat	19.2	32.1	29.6
embriagu	11.5	22.0	20.0
psicosis	11.5	4.6	5.9
oligofre	7.7	12.8	11.9
epilepsi	7.7	7.3	7.4
neurosis	3.8	4.6	4.4
otros	3.3	5.3	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 14

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.19

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	13.411	8	0.0985

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 15

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	calif. 1					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	4	2	3	5	0	14
desviac.	0	6	0	0	0	6
psicopat	0	4	2	6	2	14
embriagu	0	4	10	1	0	15
psicosis	0	1	0	2	0	3
oligofre	1	2	1	3	0	7
epilepsi	1	1	0	0	0	2
neurosis	0	4	1	0	0	5
otros	1	1	0	0	0	2
TOTAL	7	25	17	17	2	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 15

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	calif. 1					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	28.6	14.3	21.4	35.7	0.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
psicopat	0.0	28.6	14.3	42.9	14.3	100.0
embriagu	0.0	26.7	66.7	6.7	0.0	100.0
psicosis	0.0	33.3	0.0	66.7	0.0	100.0
oligofre	14.3	28.6	14.3	42.9	0.0	100.0
epilepsi	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
neurosis	0.0	80.0	20.0	0.0	0.0	100.0
otros	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
TOTAL	10.3	36.8	25.0	25.0	2.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 15

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE		2	periodo	
	*****				*****	
diagnost			calif. 1			
-----			-----			
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	57.1	8.0	17.6	20.4	0.0	20.6
desviac.	0.0	24.0	0.0	0.0	0.0	8.8
psicopat	0.0	16.0	11.8	35.3	100.0	20.6
embriagu	0.0	16.0	58.8	5.9	0.0	22.1
psicosis	0.0	4.0	0.0	11.8	0.0	4.4
oligofre	14.3	8.0	5.9	17.6	0.0	10.3
epilepsi	14.3	4.0	0.0	0.0	0.0	2.9
neurosis	0.0	16.0	5.9	0.0	0.0	7.4
otros	14.3	4.0	0.0	0.0	0.0	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 15

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.06

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	60.834	32	0.0016

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 15

USING LEVEL	87-88	OF VARIABLE		2	periodo	
	*****				*****	
diagnost		calif. 1				
-----		-----				
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	4	2	2	12	0	20
desvio.	0	0	0	0	1	1
psicopat	2	10	9	19	0	40
embriagu	1	10	12	4	0	27
psicosis	0	2	2	3	1	8
oligofre	2	0	4	9	1	16
epilepsi	0	3	1	5	1	10
neurosis	1	2	0	3	0	6
otros	1	2	1	5	0	9
TOTAL	11	31	31	53	4	115

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 15

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	calif. 1					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	20.0	10.0	10.0	60.0	0.0	100.0
desviac.	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
psicopat	5.0	25.0	22.5	47.5	0.0	100.0
embriagu	3.7	37.0	44.4	14.8	0.0	100.0
psicosis	0.0	25.0	25.0	37.5	12.5	100.0
oligofre	12.5	0.0	25.0	56.3	6.3	100.0
epilepsi	0.0	30.0	10.0	50.0	10.0	100.0
neurosis	16.7	33.3	0.0	50.0	0.0	100.0
otros	14.3	28.6	14.3	42.9	0.0	100.0
TOTAL	8.1	23.0	23.0	43.0	3.0	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 15

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	calif. 1					
	inespeci	imputabl	atenuant	exim.inc	inimputa	TOTAL
inespeci	36.4	6.5	6.5	20.7	0.0	14.8
desviac.	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.7
psicopat	13.2	32.3	29.0	32.8	0.0	29.6
embriagu	9.1	32.3	38.7	6.9	0.0	20.0
psicosis	0.0	6.5	6.5	5.2	25.0	5.9
oligofre	13.2	0.0	12.9	15.5	25.0	11.9
epilepsi	0.0	9.7	3.2	3.3	25.0	7.4
neurosis	9.1	6.5	0.0	5.2	0.0	4.4
otros	9.1	6.5	3.2	5.2	0.0	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 15

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.03

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	72.550	32	0.0001

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 16

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	3	11	14
desviac.	0	6	6
psicopat	2	12	14
embriagu	2	13	15
psicosis	0	3	3
oligofre	0	7	7
epilepsi	1	1	2
neurosis	1	4	5
otros	1	1	2
TOTAL	10	58	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 16

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	21.4	78.6	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	14.3	85.7	100.0
embriagu	13.3	86.7	100.0
psicosis	0.0	100.0	100.0
oligofre	0.0	100.0	100.0
epilepsi	50.0	50.0	100.0
neurosis	20.0	80.0	100.0
otros	50.0	50.0	100.0
TOTAL	14.7	85.3	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 16

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	30.0	19.0	20.6
desviac.	0.0	10.3	8.8
psicopat	20.0	20.7	20.6
embriagu	20.0	22.4	22.1
psicosis	0.0	5.2	4.4
oligofre	0.0	12.1	10.3
epilepsi	10.0	1.7	2.9
neurosis	10.0	6.9	7.4
otros	10.0	1.7	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 16

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.29

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	7.372	6	0.4971

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 16

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	3	17	20
desviac.	0	1	1
psicopat	15	25	40
embriagu	5	22	27
psicosis	1	7	8
oligofre	6	10	16
epilepsi	4	6	10
neurosis	4	2	6
otros	1	6	7
TOTAL	35	55	135

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 16

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	15.0	85.0	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	37.5	62.5	100.0
embriagu	18.5	81.5	100.0
psicosis	12.5	87.5	100.0
oligofre	37.5	62.5	100.0
epilepsi	40.0	60.0	100.0
neurosis	66.7	33.3	100.0
otros	14.3	85.7	100.0
TOTAL	28.9	71.1	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 16

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	acuerdo		TOTAL
	si	no	
inespeci	7.7	17.7	14.8
desviac.	0.0	1.0	0.7
psicopat	38.5	26.0	29.6
embriagu	12.8	22.9	20.0
psicosis	2.6	7.3	5.9
oligofre	15.4	10.4	11.9
epilepsi	10.3	6.3	7.4
neurosis	10.3	2.1	4.4
otros	2.6	6.3	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 16

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.29

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	12.261	8	0.1399

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 17

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	sent. en				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
inespeci	11	0	2	1	14
desviac.	6	0	0	0	6
psicopat	9	0	1	4	14
embriagu	12	0	2	1	15
psicosis	3	0	0	0	3
oligofre	4	0	2	1	7
epilepsi	2	0	0	0	2
neurosis	3	0	1	1	5
otros	2	0	0	0	2
TOTAL	52	0	3	3	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 17

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	sent. en				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
inespeci	78.6	0.0	14.3	7.1	100.0
desviac.	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
psicopat	64.3	0.0	7.1	28.6	100.0
embriagu	80.0	0.0	13.3	6.7	100.0
psicosis	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
oligofre	57.1	0.0	28.6	14.3	100.0
epilepsi	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
neurosis	60.0	0.0	20.0	20.0	100.0
otros	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
TOTAL	76.5	0.0	11.3	11.3	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 17

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE			2	periodo
	*****					*****
diagnost		sent. an				
-----		-----				
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	TOTAL	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
inespeci	21.2	0.0	25.0	12.5	20.6	
desviac.	11.5	0.0	0.0	0.0	8.8	
psicopat	17.3	0.0	12.5	50.0	20.6	
embriagu	23.1	0.0	25.0	12.5	22.1	
psicosis	5.8	0.0	0.0	0.0	4.4	
oligofre	7.7	0.0	25.0	12.5	10.3	
epilepsi	3.8	0.0	0.0	0.0	2.9	
neurosis	5.8	0.0	12.5	12.5	7.4	
otros	3.8	0.0	0.0	0.0	2.9	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
TOTAL	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0	

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 17

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.24

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	11.427	16	0.7824

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 17

USING LEVEL	87-88	OF VARIABLE	2	periodo	
	*****			*****	
diagnost	sent. en				
-----	-----				
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----	-----
inespeci	13	1	3	3	20
desviac.	0	0	0	1	1
psicopat	14	6	8	12	40
embriagu	14	1	4	8	27
psicosis	4	1	0	3	8
oligofre	5	3	2	6	16
epilepsi	4	0	3	3	10
neurosis	2	0	2	2	6
otros	4	0	1	2	7
-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	30	12	21	40	103

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 17

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sent. an				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
inespeci	65.0	5.0	15.0	15.0	100.0
desviac.	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
psicopat	35.0	15.0	20.0	30.0	100.0
embriagu	51.9	3.7	14.8	29.6	100.0
psicosis	50.0	12.5	0.0	37.5	100.0
oligofre	31.3	18.8	12.5	37.5	100.0
epilepsi	40.0	0.0	30.0	30.0	100.0
neurosis	33.3	0.0	33.3	33.3	100.0
otros	57.1	0.0	14.3	28.6	100.0
TOTAL	44.4	8.9	17.0	29.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 17

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	sent. an				TOTAL
	ninguna	una	1 - 3	mas de 3	
inespeci	21.7	8.3	13.0	7.5	14.8
desviac.	0.0	0.0	0.0	2.5	0.7
psicopat	23.3	50.0	34.8	30.0	29.6
embriagu	23.3	8.3	17.4	20.0	20.0
psicosis	6.7	2.3	0.0	7.5	5.9
oligofre	8.3	25.0	8.7	15.0	11.9
epilepsi	6.7	0.0	13.0	7.5	7.4
neurosis	3.3	0.0	8.7	5.0	4.4
otros	6.7	0.0	4.3	5.0	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 17

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.09

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	19.131	24	0.7450

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 18

USING LEVEL	77-79	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	sociol.
-----	-----

	inspeci	especifi	TOTAL
inspeci	13	1	14
desvinc.	1	5	6
psicopat	9	5	14
embriagu	13	2	15
psicosis	3	0	3
oligofre	5	2	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	4	1	5
otros	2	0	2
TOTAL	52	16	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 19

USING LEVEL	77-79	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	sociol.
-----	-----

	inspeci	especifi	TOTAL
inspeci	92.3	7.7	100.0
desvinc.	16.7	83.3	100.0
psicopat	64.3	35.7	100.0
embriagu	86.7	13.3	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	71.4	28.6	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	80.0	20.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0
TOTAL	78.5	21.5	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 18

USING LEVEL	77-78	DE VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	sociol.			
-----	-----			
	inespeci	especifi	TOTAL	
-----	-----	-----	-----	
inespeci	25.0	6.3	20.6	
desviac.	1.9	31.3	8.2	
psicopat	17.3	31.3	20.6	
embriagu	25.0	12.5	22.1	
psicosis	5.8	0.0	4.4	
oligofre	9.6	12.5	10.3	
epilepsi	3.8	0.0	2.9	
neurosis	7.7	6.3	7.4	
otros	3.8	0.0	2.9	
-----	-----	-----	-----	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 18

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.47

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	18.323	8	0.0189

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 18

USING LEVEL	87-88	DE VARIABLE	2	periodo
	*****			*****
diagnost	sociol.			
-----	-----			
	inespeci	especifi	TOTAL	
-----	-----	-----	-----	
inespeci	14	5	20	
desviac.	0	1	1	
psicopat	22	19	40	
embriagu	21	6	27	
psicosis	3	2	5	
oligofre	14	2	16	
epilepsi	3	2	5	
neurosis	4	2	6	
otros	1	1	2	
-----	-----	-----	-----	
TOTAL	77	41	117	

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 18

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost sociol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	70.0	30.0	100.0
desvinc.	0.0	100.0	100.0
psicopat	55.0	45.0	100.0
embriagu	77.8	22.2	100.0
psicosis	75.0	25.0	100.0
oligofre	87.5	12.5	100.0
epilepsi	80.0	20.0	100.0
neurosis	56.7	33.3	100.0
otros	95.7	14.3	100.0
TOTAL	70.4	29.6	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 18

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost sociol.

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	14.7	15.0	14.8
desvinc.	0.0	2.5	0.7
psicopat	23.2	43.0	29.6
embriagu	22.1	15.0	20.0
psicosis	6.3	5.0	5.9
oligofre	14.7	5.0	11.9
epilepsi	3.4	5.0	7.4
neurosis	4.2	5.0	4.1
otros	6.3	2.5	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.30

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	11.228	18	0.1891

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 13

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	morales		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL

inespeci	13	1	14
desviac.	0	6	6
psicopat	10	4	14
embriagu	10	5	15
psicosis	2	1	3
oligofre	5	2	7
epilepsi	2	0	2
neurosis	5	0	5
otros	2	0	2

TOTAL	49	19	68

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

***** PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 13

USING LEVEL	77-78	OF VARIABLE	2	periodo
	*****			*****

diagnost	morales		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL

inespeci	92.9	7.1	100.0
desviac.	0.0	100.0	100.0
psicopat	71.4	28.6	100.0
embriagu	66.7	33.3	100.0
psicosis	66.7	33.3	100.0
oligofre	71.4	28.6	100.0
epilepsi	100.0	0.0	100.0
neurosis	100.0	0.0	100.0
otros	100.0	0.0	100.0

TOTAL	72.1	27.9	100.0

***** PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 19

USING LEVEL 77-78 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	morales		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	25.5	5.3	20.6
desviac.	0.0	31.6	8.9
psicopat	20.4	21.1	20.6
embriagu	20.4	26.3	22.1
psicosis	4.1	5.3	4.4
oligofre	10.2	10.5	10.3
epilepsi	4.1	0.0	2.9
neurosis	10.2	0.0	7.4
otros	4.1	0.0	2.9
-----	-----	-----	-----
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 19

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.56

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	22.235	8	0.0045

***** OBSERVED FREQUENCY TABLE 19

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo

diagnost	morales		
-----	-----		
	inespeci	especifi	TOTAL
-----	-----	-----	-----
inespeci	13	4	20
desviac.	0	1	1
psicopat	21	9	40
embriagu	20	7	27
psicosis	8	0	8
oligofre	12	4	16
epilepsi	5	1	10
neurosis	6	2	8
otros	6	2	7
-----	-----	-----	-----
TOTAL	101	25	125

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

AAAAA PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 19

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo
 AAAAAAA AAAAAAA

diagnost morales

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	80.0	20.0	100.0
desvian.	0.0	100.0	100.0
psicopat	77.5	22.5	100.0
embriagu	74.1	25.9	100.0
psicosis	100.0	0.0	100.0
oligofre	75.0	25.0	100.0
epilepsi	80.0	20.0	100.0
neurcosis	66.7	33.3	100.0
otros	57.1	42.9	100.0
TOTAL	76.3	23.7	100.0

AAAAA PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 19

USING LEVEL 87-88 OF VARIABLE 2 periodo
 AAAAAAA AAAAAAA

diagnost morales

	inespeci	especifi	TOTAL
inespeci	15.5	13.5	14.5
desvian.	0.0	3.1	0.7
psicopat	30.1	23.1	29.6
embriagu	19.4	21.9	20.0
psicosis	7.3	0.0	5.0
oligofre	11.7	12.6	11.9
epilepsi	7.3	3.3	7.4
neurcosis	3.3	0.0	4.4
otros	3.9	3.4	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

***** ANALYSIS OF OBSERVED FREQUENCY TABLE 19

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 0.24

STATISTIC	VALUE	D.F.	PROB.
PEARSON CHISQUARE	7.780	8	0.4553

NUMBER OF INTEGER WORDS USED IN PRECIPING PROBLEM 4426
 CPU TIME USED 9.920 SECONDS

BMDP4F - TWO-WAY AND MULTIWAY FREQUENCY TABLES -- MEASURES OF ASSOCIATION
 AND THE LOG-LINEAR MODEL (COMPLETE AND INCOMPLETE TABLES)
 Copyright 1977, 1979, 1981, 1982, 1983, 1985, 1987, 1988, 1990
 by BMDP Statistical Software, Inc.

BMDP Statistical Software, Inc.	BMDP Statistical Software
1440 Sepulveda Blvd	Cork Technology Park, Model Farm Rd
Los Angeles, CA 90025 USA	Cork, Ireland
Phone (213) 479-7799	Phone +353 21 542722
Fax (213) 312-0161	Fax +353 21 542832
Telex 4972934 BMDP UI	Telex 75659 SSWL EI

Version: 1990 (VAX/VMS) DATE: 22-JUL-91 AT 11:28:23

PROGRAM INSTRUCTIONS

END OF INSTRUCTIONS

PROGRAM TERMINATED

8. D I S C U S S I O N

8. D I S C U S I O N

8.1.- CARACTERISTICAS E IMPORTANCIA DE LA MUESTRA

a.- En cuanto al sesgo de la muestra habría que considerar que los procesos que llegan al Tribunal Supremo llevan consigo el mismo sesgo de todo el ejercicio de la Justicia, en cuanto a que no son todos los delitos cometidos los que se juzgan, ni se juzgan, evidentemente, los perpetrados en el año que se trate. Su importancia radica en que, los casos de los que se ocupa el Tribunal Supremo, son los que sirven de referencias a otros posteriores como doctrina. La jurisprudencia tiene el peso específico propio que se relaciona con su difusión y su configuración como precedente. La muestra analizada se considera significativa ya que, según la búsqueda realizada en los índices, se puede afirmar que se han detectado todas las sentencias de lo Penal del Tribunal Supremo que, en esos años, trataron sobre enfermedad mental o trastornos psiquiátricos. Por tanto, la muestra tiene significación en tanto a la doctrina que genera; con menor valor estadístico en cuanto a la criminalidad que tiene que ver con la enfermedad mental, ya que, es de suponer, que los casos clínicos claros, de enfermedad concluyente y demostrada, (Oligofrénias y Psicosis

.../...

sobre todo) quedan resueltos en las Audiencias y no sean, en general, motivo de interposición de recursos de casación.

b.- Los porcentajes de sentencias penales, que se refieren a enfermos mentales, encontrados en los periodos de tiempo estudiados, no difieren excesivamente de los recogidos en otros países sobre la criminalidad que se relaciona con la enfermedad mental (alrededor del 1,5%). Detectándose porcentajes semejantes en uno y otro periodo (1,65% en el primer periodo y un 1,44% en el segundo). Lo cuál, teniendo en cuenta el incremento de los casos criminales del segundo periodo, habla a favor de que, en los años 1.987-1.988, llegan al T.S. un menor número de casos que se refieren a trastornos psiquiátricos. (Tabla en pág. 127).

El porcentaje de sentencias-caso, en cada periodo, queda recogido en la gráfica nº I, pág. 194.

c.- No existen diferencias significativas en la distribución por sexos, siendo ésta prácticamente idéntica en los años 77-78 y en los años 87-88, con un claro predominio del sexo masculino sobre el femenino. (Tablas I nº1. pág 175).

La distribución por sexos puede verse en la gráfica nº II. pág. 195.

.../...

8.2.- DATOS CRIMINOLOGICOS

a.- Se detectan diferencias significativas en cuanto a los tipos de delitos en uno y otro periodo, por el significativo incremento en los delitos contra el patrimonio. (Tablas I nº 2, pág. 176).

En la gráfica nº III se pueden apreciar estas diferencias. Siguiendo el pensamiento ya comentado de Kaiser, de que la criminalidad real sólo se puede valorar pero no conocer, los datos recogidos nos hacen estimar que los delitos que tienen relación con la enfermedad mental son, fundamentalmente, los delitos contra la vida y contra el patrimonio, delitos poco elaborados. En "otros delitos" se encuentran actos punibles que precisan una mayor preparación y suponen el menor porcentaje de delitos recogidos. (Gráfica III pág. 196).

b.- Tanto en un periodo como en otro se pone de manifiesto la apoyatura de las argumentaciones sobre lo descriptivo, es decir: sobre los hechos. No detectándose, en este sentido, diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos. Siendo su uso más reiterado en relación a las argumentaciones comprensivas y de contexto, entre las que tampoco aparecen diferencias estadísticamente valorables entre periodos. (Tablas I nº 3, 4 y 5, pág. 177, 178, 179).

.../...

c.- En cuanto al contexto: llama la atención el mayor número de delitos cometidos en lugar público, seguido del contexto familiar, siendo la frecuencia semejante en ambos períodos. (Tablas I nº 5, pág. 179).

8.3.- DATOS PSIQUIATRICOS

a.- Aparecen diferencias significativas en cuanto a la mayor utilización en el 2º período de referencias nosológicas y clínicas. (Tablas I nº 6 y 7). Siendo significativo el menor número de argumentaciones dinámicas en el 2º período. (Tablas 8). No existen diferencias en cuanto a las referencias etiológicas (Tablas 9) y pronósticas (Tablas 10). Y, aunque el número de referencias terapéuticas aumenta en el segundo período (de 5,9% al 14,1%) este incremento no es significativo estadísticamente. (Tablas I nº 6 a 11, pág. 180-185).

b.- Los conceptos recogidos en el campo de lo nosológico y de lo clínico (Apéndice II), aparecen confusos y dispersos en el primer período; siendo más uniformes y coherentes con la terminología utilizada en la práctica habitual en el segundo período. Mientras que los datos recogidos, en este sentido, en el primer período, suponen un autentico galimatías, en

.../...

el segundo se perciben con una mayor cohesión (págs. 348 - 370).
Nuestras observaciones coinciden con las de Gomez Colomer cuando comenta que la nomenclatura psiquiátrica de la Jurisprudencia española hasta el año 1.984 es "discordante con la habitualmente usada en Psicología y Psiquiatría".

c.- Se citan sistemas de clasificación y diagnóstico (DSM-III, ICD-9) en ocho sentencias, todas ellas del año 1.988. Son las correspondientes a las RA nº 1.341, 1.359, 1.586, 6.648, 6.797, 8.076, 9.376 y 9.521.

d.- Todas las referencias al pronóstico tenían que ver con la peligrosidad o con la dificultad de curación, circunstancia que tiene que ver con el hecho, comentado en la introducción, de la necesidad que tienen los Tribunales de que se les informe sobre la hipotética peligrosidad del enfermo mental.

e.- Se detectan diferencias en cuanto a las categorías diagnósticas sobre todo en función del incremento de delitos que tienen que ver con el consumo de alcohol, la disminución de diagnóstico de desviación sexual y el incremento de sentencias relativas a trastornos de personalidad. (Tablas I.nº12, pág.186).

.../...

La distribución de los diagnósticos puede verse en la gráfica nº IV, pág. 197.

f.- El Estudio Estadístico de correlación entre variables (II), planteado para ver la posible relación entre el diagnóstico y las restantes variables, nos demuestra la ausencia de dependencia entre ellas. Los datos recogidos en las tablas de éste segundo estudio estadístico (Tablas 1 a 19, pags. 213 - 264) permiten ver, sin embargo, la frecuencia con la que se relacionan y cómo, en el primer periodo, el M.V.E. resulta debilmente válido (χ^2 de 0,5) en las tablas que relacionan diagnóstico con argumentaciones descriptivas, comprensivas, nosológicas, clínicas, peritaciones, imputabilidad y morales.

8.4.- DATOS PSIQUIATRICO-LEGALES

a.- Hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos, en cuanto al número de referencias a peritaciones e informes médicos, apareciendo en el 29,4% de las sentencias del primer periodo y en el 45,2% de las del segundo periodo. (Tablas I nº 13, pág. 187).

Estos datos quedan recogidos en la gráfica nº V, pág. 198.

.../...

b.- Llama la atención las escasas referencias a auténticas peritaciones (informe de dos psiquiatras sobre el procesado con ratificación en el juicio oral). Siendo las referencias encontradas una miscelanea de informes: de ingresos en Hospitales Psiquiátricos, de exclusión del Servicio Militar o de exploración psiquiatrica realizada por el forense. Las diferencias entre los dos períodos vienen dadas por el contenido y la valoración que de estos informes hace el Tribunal: mayor porcentaje de aceptación en los años 1.987 y 1.988. (Gráfica nº VI, pág. 199).

c.- Aparecen, por otra parte, diferencias significativas en cuanto a argumentaciones sobre la imputabilidad del procesado recogiendo en mayor número en el segundo periodo. (Tablas I nº 14, pág. 188).

d.- El concepto "capacidad de culpabilidad" como equivalente al de "imputabilidad" surge en el segundo periodo en sentencias como la de 22 de febrero de 1.988 (RA: 1221)

e.- Las medidas de seguridad de la ley de 1.983 aparecen en la argumentación de nueve sentencias del segundo periodo, las de referencia: 1253/87, 3099/87, 5310/88, 416/88, 6487/88, 6648/88, 7649/88, 8076/88, 9521/88.

.../...

8.5.- DATOS LEGALES Y JURISPRUDENCIALES

a.- Se aprecian diferencias en cuanto a la calificación legal en función del incremento de eximentes incompletas en el 2º periodo: pasan de ser el 25% del total, en el primer período, al 43% del total en el segundo. (Tablas I nº15, pág.189). La relación existente entre cada uno de los diagnósticos y su consideración legal aparecen, por períodos, en las gráficas nº VII y VIII, pág. 200 y 201.

b.- Aumentan significativamente los casos en que se produce la casación de la sentencia (Tabla I , nº 16, pág. 190), aunque los motivos no tienen que ver siempre con la imputabilidad. En la sentencia de 21 de octubre de 1.988 (RA: 8076) se dice, explícitamente, que la jurisprudencia, no atiende a un concepto médico-psiquiátrico para decidir sobre las alteraciones mentales susceptibles de incluirse en el término legal de enajenación mental; sino que atiende a un concepto mixto: biológico-psicológico, de los que el segundo, por su condición de juicio de valor, puede ser reconsiderado en casación.

c.- Se incrementan también las referencias a sentencias

.../...

anteriores. (Tablas I, nº 17. pág. 191). Siendo éstas relativamente más recientes en el segundo período, es decir, se citan sentencias dictadas dentro del marco democrático y Constitucional, perdiendo vigencia e interés las anteriores. (Apéndice IV. pág. 417)

8.6.- OTROS DATOS

a.- No aparecen diferencias estadísticamente significativas en la apoyatura del discurso en lo sociológico y en lo moral. Siendo relativamente escasas las referencias: llevan referencias sociológicas el 23% de las sentencias del primer período y el 29,6% de las del segundo (Tablas I, nº 18, pág. 192) y el 27,9% de las sentencias del primer período y el 23,7% de las del segundo hacen referencia explícita a lo moral. (Tablas I nº 19, pág. 193).

b.- Las referencias a lo sociológico tienen que ver con la sociedad en su conjunto como ofendida, sobre la que recae el efecto pernicioso del delito, o con la adaptación social del procesado, su ambiente y cultura.

Las diferentes argumentaciones recogidas sobre las que se apoya el discurso de la sentencia, en uno y otro período,

.../...

se expresan en la gráfica nº IX. . Recogiéndose por separado, el incremento porcentual de las referencias no-clínicas en la gráfica nº X y las clínicas en la nº XI (págs. 203 y 204).

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad de las Psicopatías y los Trastornos de Personalidad (Apéndice III. Págs. 373-387)

A pesar de ser considerados clásicamente como imputables, como ya se comentó en la introducción, sólo se estiman como imputables el 28,6% de las sentencias de Trast. de Personalidad del primer período y el 25% de las del segundo. El porcentaje mayor es de la calificación de eximente incompleta: el 43% de las sentencias de Trast. de Personalidad del primer período y el 47,5% de las del segundo (Tablas 15 de Estudio II, pág. 251).

En el primer período:

En las sentencias: 1325/78, 1469/78, 3141/78 se expresan tendencias a considerar las psicopatías como imputables; porque por definición no afectan al intelecto ni a los frenos inhibitorios. Sólo afectarían a la imputabilidad si se asocian

.../...

a otra enfermedad de mayor rango o si degenera en otras manifestaciones.

Se admite la disminución de la responsabilidad de las psicopáticas si reúnen la triple condición de ser: graves o profundas, actuar de manera causal en la determinación del delito cometido y de que se compruebe que disminuyen la inteligencia ostensiblemente o la voluntad (RA: 99/77, 1731/77, 1469/78).

En otras sentencias se acepta la disminución de su capacidad para conocer la antijuricidad de su hacer y para orientar su actividad conforme a dichos conocimientos, disminución de la capacidad de raciocinio o volición (RA 3414/78, 2639/78)

En sentencias 460/78, 3251/78 y 3339/78 se diferencia el trastorno mental transitorio de otras eximentes y atenuantes, de la eximente incompleta de enajenación mental y del arrebatu o obcecación.

Se diferencia la imputabilidad de un trastorno de personalidad de tipo paranoide de una psicosis paranoide en la sentencia nº 3374/78: de apreciarse psicosis hubiera arrastrado a su total exención.

.../...

En sentencia de 27 de mayo de 1.977 (RA 2453) se explica como ha de desprenderse del factum la naturaleza y elementos integradores de la responsabilidad criminal, con la misma manifiesta claridad que el hecho delictivo mismo. En la de 14 de diciembre de 1.978 (RA 4133) se explica que, por el desarrollo de los hechos, se observa que la recurrente no es una esquizofrénica, sino que se encuentra en un estado latente de preesquizofrenia no desarrollada.

En el segundo período:

Se considera imputable al psicópata porque mantiene intactos sus controles intelectivos y volitivos y libremente decide no utilizarlos (2161/87, 2032/88), porque no padece alteración de sus facultades intelectivas y volitivas (2196/87, 4971/87, 5173/87, 8496/87, 1095/88, 1336/88, 2747/88, 3521/88, 3523/88, 9508/88). Es así considerada imputable la personalidad paranoide (5173/87) y la borderline (6308/87).

Se admite la disminución de la responsabilidad de las psicopatías, al igual que en el período 1.977-78, si son de gran intensidad (9376/88) o se asocian a otras manifestaciones morbosas (1095/88, 1341/88, 1586/88, 5026/88, 8817/88), conside-

.../...

rándose entonces como enfermedad mental (5152/87, 5326/87, 8496/87), o siendo éstas enfermedades asociadas las que generan la disminución de la imputabilidad (3521/88, 9695/88). Su asociación a toxicomanías aparece en sentencias de RA n°: 2638/87, 3099/87. Se dice que son un campo propicio para los trastornos mentales transitorios en las de RA: 5535/87 y 508/88. En sentencia de 11 de marzo de 1.988 (RA 1622) se admite falta de conciencia de las consecuencias de los propios actos. Por contraste, en la de 20 de octubre de 1.988 (RA 8375) se considera que una personalidad psicopática y una epilepsia del lóbulo temporal no le privan al sujeto de sus facultades intelectivas y volitivas.

Este tratamiento diverso dado a las psicopatías en la jurisprudencia se explica, muy claramente, en la sentencia de 29 de febrero de 1.988 (RA 1341), donde, basándose en la ICD-9, se considera a la psicopatía como una enfermedad mental. Idénticos argumentos se utilizan en la 6648/88 donde se aconseja atender al caso concreto, como en la 6797/88. En sentencia de 7 de marzo de 1.988, a pesar de la ICD-9 y de la DSM-III, no se le considera enfermedad mental. En sentencia de 9 de diciembre de 1.988 (RA 9376) se dice que las psicopatías son de naturaleza jurídico-psiquiátrica sumamente controvertida.

.../...

El que la estimación de una circunstancia modificadora de responsabilidad criminal deba desprenderse de los hechos aparece, explícitamente, en las sentencias 4971/87, 5152/87, 1336/88, 1586/88, 1622/88 y 10301/88.

En sentencia de 13 de junio de 1.988 (RA 4706) se explica las diferencias entre la enajenación mental y el trastorno mental transitorio. En la de 17 de noviembre de 1.988 (RA 9177) se explica la compatibilidad entre la eximente de enajenación y la agravante de alevosía. La diferencia del arrebató u obcecación con el trastorno mental transitorio se explicita en la sentencia de 29 de noviembre de 1.988 (RA 9251).

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad en la embriaguez y el alcoholismo (Apéndice III. Págs. 388-396)

Se estima la embriaguez como atenuante en el 66,7% de las sentencias de embriaguez del primer período y en el 44,4% de las del segundo.

En el primer período:

.../...

La atenuante de embriaguez, 2º del art. 9 del CP, se estima en la sentencia de 25 de abril de 1.977 (RA 1171) porque, la ingestión de bebidas alcohólicas, no anula, sólo disminuye, las facultades intelectivas y volivas del sujeto agente. En las sentencias de 2 de junio y 4 de noviembre de 1.978 (RA 2225 y 3371) se explicitan las situaciones en las que, la embriaguez, genera inimputabilidad. Distinguiéndose entre la embriaguez ligera o leve, la más o menos intensa y la plena. Considerándose jurisprudencialmente cada una de ellas, cómo sin repercusión sobre la culpabilidad, cómo atenuante y cómo trastorno mental transitorio, respectivamente. Preciándose en ambas sentencias la necesidad del origen fortuito de la embriaguez y de no haber sido determinada para delinquir.

En sentencia de 28 de febrero de 1.978 (RA 529) se considera que la embriaguez patológica del procesado no produce efectos de trastorno mental transitorio, ni la embriaguez no habitual de los procesados a quienes se refieren las sentencias del 4 y del 10 de abril de 1.978 (RA 1289 y 1323).

Del acusado, alcohólico crónico, de la sentencia de 30 de noviembre de 1.978 (RA 3813) se dice que no hay base fáctica

.../...

para afirmar que sea un enajenado, ni que el alcoholismo actuara en el momento de los hechos. Igualmente, en la de 4 de noviembre de 1.978 (3371), se deduce la poca entidad de la embriaguez cuando el sujeto fué capaz de perpetrar un intento de violación.

En el caso del procesado afecto de demencia alcohólica crónica de la sentencia de 5 de diciembre de 1.978 (3877), se estima como acertada la actuación del tribunal que estimó la eximente incompleta de enajenación mental.

En el segundo período:

Se aprecia atenuante de embriaguez en sentencias de 9 de abril de 1.987 (RA 2024), 23 de febrero, 7 de abril y 27 de septiembre de 1.988 (RA nº 1227, 2754 y 7065). En la sentencia 2744/88, se considera la embriaguez de mayor intensidad, por lo que se estima la atenuante 1ª del art. 9, en relación con la 1ª del art.8, ambos del CP.

Se utiliza igual gradación que en el primer período para la embriaguez y sus repercusiones sobre la culpabilidad, en sentencias de 21 de abril, 27 de septiembre y 30 de noviembre

.../...

de 1.987 (RA: 2623, 6651 y 9405), y en las de 12 y 29 de febrero y 17 de junio de 1.988 (RA: 1015, 1338 y 5040). Su relación con el trastorno mental transitorio queda reflejada en la sentencia de 5 de abril de 1.988 (RA 2721).

No se estimó repercusiones sobre la imputabilidad en el procesamiento de la sentencia de 29 de octubre de 1.988 (RA 8237) que sufrió embriaguez accidental.

La referencia explícita al factum aparece en las sentencias de RA nº 2024/87, 9405/87, 2114/88, 2754/88, 3661/88 y 6983/88.

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad en las psicosis (Apéndice III
Págs. 397-399)

En ambos períodos se estima más la eximente incompleta (66,7% de las sentencias de psicosis del primer período y el 47,5% de las del segundo).

En el primer período:

Se desestima la EM y el TMT en sentencia de 27 de Enero de

.../...

1.978 (RA 106/78) considerándose la imputabilidad como un concepto graduable y valorativo, y por lo tanto susceptible de ser revisado en casación.

En sentencia de 30 de Octubre de 1.978 (RA 3358/78), se considera al procesado parcialmente imputable por desestructuración parcial de la conciencia y función crítica.

En el segundo período:

Aparece explícitamente la apoyatura en los hechos en las sentencias de 27 de Marzo y 30 de Septiembre de 1.987 (RA 2225 y 6919). En la primera de ellas se desestima el recurso por no estimarse la perturbación psíquica en relación concreta con el comportamiento enjuiciado, debiendo valorarse en el "aquí y ahora" (sentencia de 13 de Julio de 1.987, RA: 5328). De igual manera que en el período anterior, en sentencia de 22 de Enero de 1.988 (RA 416), aparece la estimación de la imputabilidad como juicio valorativo, estando el procesado afecto de esquizofrénia.

En sentencia de 16 de Diciembre de 1.988 (RA 9521) se hace la afirmación de que el delirio, influye tan poderosamente en la personalidad del enfermo, que se justifica el hecho

.../...

de que sea considerado inimputable: TANTO SI EL HECHO CRIMINAL SE HALLA RELACIONADO CON EL TEMA DELIRANTE COMO SI NO LO ESTÁ.

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad de las oligofrénias (Apéndice III. Págs. 400-405)

En el primer período:

Se ponen de manifiesto los diferentes grados de oligofrénia ("más claramente que en ninguna otra enfermedad mental" RA 2270/77) y su trascendencia penal según esa gradación (RA: 3746/78). Aconsejándose su exploración mediante test en la sentencia de RA: 2270/77. La repercusión sobre la imputabilidad se diferencia de la siguiente manera:

- . La "idiocia": excluye, "radicalmente", la imputabilidad y responsabilidad del agente.
- . La "imbecilidad": puede eximir o simplemente atenuar según su grado e intensidad.
- . La debilidad mental: sólo siendo muy acusada atenúa.
- . La "mera levedad o torpeza mental": carece de efectos modificadores, no produciendo tan siquiera efectos atenuatorios. (RA: 2793/78 y 3746/78).

.../...

De igual manera se destaca su basamento en los hechos en las sentencias de RA: 2793/78 y 3746/78, hasta el punto de ser evidente la no afectación de su imputabilidad en el procesado de esta última, por "las complejas actividades" que tuvo que desarrollar el sujeto para cometer el hecho delictivo.

En el segundo período:

Aparece la misma gradación del período anterior, en cuanto a la intensidad del déficit intelectual y a su correspondiente valoración de la responsabilidad (sentencias 445/87, 2617/87, 4053/87, 6949/87 y 6539/88). Sin embargo, en la n° 7602/87 se dice explícitamente que no se ha seguido al respecto una línea unívoca.

Se utilizan para explicar los distintos grados de déficit los términos "coeficiente intelectual" y "coeficiente de agudeza intelectual" (en vez de "cociente intelectual").

En dos de ellas (5310/87 y 8076/88) se toman medidas de seguridad de internamiento y en la 1092/87 se argumenta su inaplicación por no haberle sido estimada al procesado la eximente completa ni la incompleta.

.../...

Las sentencias 6638/87, 526/88 y 2077/88 discurren sobre la afectación del deficit intelectual sobre las "facultades anímicas" y el "raciocinio" del agente. En la segunda de ellas la semieximente se valora, además, por la ingestión de bebidas alcohólica. En las dos restantes se pone en duda su influencia sobre la responsabilidad del agente.

La compatibilidad y la coexistencia posible de la agravante de alevosía con la eximente incompleta de enajenación se explica en la 2046/88, en base a la "objetividad" de la primera y a lo "subjetivo" de la segunda.

En las sentencias nº 4053/87 y 5037/87 se rechaza el intento de equiparar penalmente la "minoría de edad" a la "edad mental".

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad de las epilepsias (Apéndice
III. Págs. 406-409)

Según puede apreciarse en las tablas 15 del estudio II, en el primer periodo, de las dos sentencias que se refieren a epilepsias, una se califica como imputable y en otra no se especifica. Mientras que en el segundo, en las diez sentencias recogidas sobre epilepsias, se estima la eximente incomple-

.../...

ta en el 50% de los casos, siendo el 30% considerados imputables, un 10% atenuante y otro 10% inimputable. Las argumentaciones que sustentan estas decisiones, en uno y otro período, son las que se comentan a continuación. (Tablas en pág. 254).

En el primer período:

En sentencia de 27 de abril de 1.977 (RA 1838) se comenta la anulación de facultades sólo durante el ataque, durante el cuál no se puede realizar ningún acto. Como se trata de un delito de falsificación de documentos, que precisa de una cierta elaboración para realizarlo, se presupone que no estaba bajo los efectos de la epilepsia.

En sentencia de 30 de Marzo de 1.978 (RA 1085), admitiéndose el recurso del Ministerio Fiscal, deja de estimarse la eximente incompleta de EM basada en una afectación iniciada en fechas posteriores a la de la comisión del delito.

En el segundo período:

En sentencia de 14 de febrero de 1.987 (RA 1253) se decreta el internamiento dada la plena inimputabilidad determinada

.../...

por los datos fácticos. No se trata de juzgar a un delincuente sino a un enfermo, por lo que entra en el campo de la medida de seguridad post-delictual.

Se estima atenuante simple por analogía de alteración en la percepción en sentencia de 1 de Diciembre de 1.987 (RA 9515) en procesado afecto de secuelas de traumatismo craneal. Se argumenta la disminución sensible de la "aptitud de percepción" que se define como alteración en la conciencia de realidad, en el conocimiento reflexivo de las cosas.

Las diferentes formas como la epilepsia puede afectar a la capacidad de culpabilidad se definen en las sentencias de 2 de Marzo, 17 de septiembre y 16 de diciembre de 1.988 (RA: 1516, 6788, 9519).

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad de las Neurosis (Apéndice III.

(págs. 410-413)

Hay sensibles diferencias entre el primer periodo y el segundo: mientras que en el primero se estiman como imputables el 80% de las sentencias de Neurosis y un 20% como atenuante,

.../...

en el segundo sólo se estiman como imputables el 33%, siendo el porcentaje mayor la eximente incompleta (el 50%) que no se estima en ninguna sentencia de neurosis del primer período. (Tablas 15. Estudio estadístico II: pág. : 254).

En el primer período:

Se argumenta la plena imputabilidad del neurótico en la sentencia de 21 de febrero de 1.978 (RA 483), estimándose las conclusiones del Tribunal inferior sobre la imputabilidad del sujeto activo como juicio valorativo, susceptible de ser revisado en casación. Igualmente en sentencia de 14 de marzo del 78 (RA 936) se considera que la neurosis no incide sobre las facultades intelectivas ni volitivas del sujeto activo, ni tienen sustrato orgánico (sentencia de 16 de junio de 1.978, RA 2638).

En sentencia de 17 de octubre de 1.978 se considera la eximente incompleta en base a que, en algunos casos, la neurosis produce una disminución de la capacidad volitiva del sujeto (disminución cualitativa de la capacidad de querer por la dificultad de inhibir eficazmente sus impulsos).

En el segundo período:

.../...

Se considera plenamente responsable al sujeto afecto de neurosis en sentencias de 10 de octubre de 1.987 (RA 7286), de 15 de febrero de 1.988 (RA 1066) y de 15 de marzo de 1.988 (RA 2018), a pesar de que en la primera se considera la conducta del procesado derivada de su neurosis de carácter. En las otras dos se precisa que el neurótico es perfectamente responsable de sus actos y capaz de apreciar su antijuricidad.

Se estima la eximente incompleta de enajenación mental en sentencia de 29 de febrero de 1.988 (RA 1359), considerando la neurosis como enfermedad mental, haciendo referencia a las conceptualizaciones de la CIE-9 y a que en los trastornos del procesado se valoraba una etiología "vasculopática".

En la misma sentencia se explicita que la doctrina sobre la imputabilidad de las neurosis no es rigurosamente uniforme. Igualmente se valora la eximente incompleta de enajenación mental en sentencia de 4 de octubre de 1.988 (RA 7649) por estimarse, además de la neurosis obsesiva, una dependencia física y psíquica a la heroína.

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad en otras entidades clínicas

(Apéndice III. Págs. 414-416)

.../...

En el primer período:

Se recogen dos referencias a "debilidad del carácter" y a "sufrimiento nervioso" que en el primer caso no presupone disminución de la capacidad para discernir entre el bien y el mal y en el segundo, dado que se alega que sí altera las facultades mentales del procesado, se admite el recurso por denegación de la prueba pericial.

En el segundo período:

Encontramos tres sentencias que hacen referencia a trastornos depresivos: (RA: 9776/87, 1221/88 y 8404/88). En dos de ellas se explicita que el depresivo mantiene intactas sus facultades intelectivas y volitivas (9776/87 y 8404/88); no pudiendosele aplicar la eximente completa, ni significando, el hecho de hallarse deprimido, un verdadero trastorno de la mente (8404/88). La tercera sentencia (de 22 de febrero de 1.988) admite la atenuante analógica pero no en función de la sintomatología depresiva si no por su drogadicción. (RA 1221)

La sentencia de 8 de mayo de 1.987 (RA 3029) también se trata de un caso de drogadicción en el que se desestima el TMT

.../...

por no estar justificada la disminución de la responsabilidad en relación con los hechos.

Se desestima la EM en procesado afecto de SIDA y de síndrome de abstinencia de la sentencia de 22 de Julio de 1.987, (RA 5607), admitiendosele una eximente incompleta (del art.9, 1ª, en relación con el art. 8, 1ª del CP).

* * * * *

Discusión sobre la imputabilidad en diagnósticos no especificados (Apéndice III. Págs. 417-420)

Se recogen una serie de sentencias que argumentan sobre la inimputabilidad del procesado sin que se especifique la anomalía que presenta.

En el primer período:

Tres sentencias se refieren a EM: las de 28 de enero, 9 de febrero y 30 de septiembre de 1.977, (RA: 186, 420 y 3591). Dos de ellas explican la compatibilidad entre una eximente y una agravante y la tercera argumenta sobre la disminución

.../...

de la pena aplicable.

Las otras tres sentencias se refieren al TMT: las de 5 y 24 de marzo de 1.977 y la de 13 de junio de 1.978 (RA: 947, 1324 y 2394). En la primera de ellas se considera al TMT como una "reacción vivencial anormal" y en la segunda se equipara al arretrato pero con una mayor intensidad y desproporción entre el estímulo y la respuesta. La tercera desestima el TMT porque, el trastorno que sufría la procesada, no era involuntario ni imprevisible.

En el segundo período:

Las argumentaciones recogidas conforman una miscelanea de datos y cuestiones diversas. De entre ellas destacan las sentencias sobre TMT y arretrato de 14 de febrero y 20 de julio de 1.987. En la primera de ellas se considera, al igual que en el primer período, que un arretrato de gran magnitud puede llegar a tener entidad de TMT. En la segunda se desestima la consideración del TMT si no se encontraron elementos para apreciar el arretrato.

La compatibilidad entre la circunstancia agravante de alevosía

.../...

y la atenuante de enajenación mental incompleta se explica en la sentencia de 15 de febrero de 1.988 (RA 1969), en función de que una se centra en el "modus operandi" y la otra en el estado psíquico del culpable.

* * * * *

Aspectos generales de las argumentaciones recogidas sobre imputabilidad

La influencia de la psicopatología sobre la imputabilidad, como cualquier otra circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, tienen que desprenderse de los hechos declarados probados.

Resulta más fácil unificar criterios sobre lo mensurable. oligofrénias y embriaguez, prueba de ello es la repetición de las clasificaciones según su diferente "intensidad" y la "incardinación" en esas clasificaciones de las diferentes valoraciones de la imputabilidad.

.../...

No aparecen criterios uniformes sobre las psicopatías a pesar de haber sido consideradas axiomáticamente como imputables.

El Trastorno Mental Transitorio y la Enajenación Mental quedan definidos de igual manera en un período y en el otro.

La alusiones concretas a la Constitución aparecen en el segundo período en siete sentencias. Se refieren a varios artículos: al art. 10.2. sobre los derechos fundamentales de la persona se hace referencia en la sentencia de 14 de Abril de 1987 (RA:2161) y al art. 25.2. sobre las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad, en la de 10 de Julio de 1987 (RA:5310). El art. 24, según el cual el Tribunal debe disponer de los medios de pruebas pertinentes para la defensa del acusado, se cita en las sentencias de 22 de Octubre de 1987 (RA:7571) y de 31 de Octubre de 1988 (RA:8253) y el art. 117.3, que confiere al tribunal facultades exclusivas sobre la valoración de la prueba, en sentencia de 2 de Noviembre de 1988 (RA:8956).

.../...

Al Tribunal Constitucional se hace referencia explícita en las sentencias de 14 de Febrero de 1987 (RA: 1253) y de 7 de Noviembre de 1987 (RA:8475).

* * * * *

.../...

9. C O N C L U S I O N E S

9. CONCLUSIONES

1ª. La presencia de la Psiquiatría en la Jurisprudencia Penal en los años 1.977-78 y 1.987-88 es similar (1,65% frente a un 1,44%, respectivamente), manteniéndose pese al incremento de los casos penales en el segundo período (doble que en el anterior). Se puede afirmar por tanto que en los años 1.987 y 88 disminuyeron los casos de trastornos psiquiátricos que llegaron al Tribunal Supremo.

2ª. Los tipos de delito relacionados con la enfermedad mental que determinan la actuación jurisprudencial varían de forma significativa en ambos períodos: disminuyen los delitos contra la libertad sexual (35,3% en el primer período frente a 13,3% en el segundo), incrementándose los delitos contra el patrimonio (23,5% frente a un 38,5% en el segundo) y los delitos contra la vida (28% frente al 36,3%). En ambos períodos son delitos cometidos por un sujeto varón en la mayor parte de los casos (94% del primer período y 96% del segundo), destacando como contexto el lugar público (29,4% frente al 21,5%).

3ª. Se incrementan de forma significativa estadísticamente, los casos en los que se estima la eximente incompleta (25%

.../...

en el primer período frente al 43% del segundo).

4ª. Los conceptos y términos psiquiátricos incorporados a las sentencias del Tribunal Supremo en los dos períodos de tiempo estudiados, aparecen dispersos e imprecisos, no obedeciendo a ninguna Nosología determinada. Situación que deriva de la información psiquiátrica que llega a los tribunales.

5ª. Las referencias explícitas a informes clínicos (médicos, psicológicos, del forense, o periciales en sentido estricto) se incrementan, de forma significativa estadísticamente, en las sentencias del Tribunal Supremo del bienio 87-88 frente al 77-78. (De 29,4% en el primer período pasan al 42,2% de sentencias del segundo período).

6ª. En los dos períodos de Jurisprudencia estudiados se detecta la utilización de cualquier tipo de información clínica (certificados de exención del Servicio Militar, informes de médico de guardia, y documentos de tratamiento o ingresos anteriores) y no sólo de auténticas peritaciones.

7ª. En las sentencias estudiadas se recogen las aportaciones

.../...

clínicas como aceptadas y valoradas cuando se trata de informes emitidos por dos peritos (propuestos según normas procesales), suficientemente detallados, que relacionan la psicopatología con los hechos y ratificados en el juicio oral.

8ª. Los informes médicos y peritaciones son criticados y rechazados por la magistratura, en la mitad de los casos aproximadamente, en función de sus contradicciones o de su imprecisión. Igualmente se desestiman por no considerárseles documentos auténticos a efectos casacionales (según normativa procesal), estando sujetos a la libre apreciación y valoración de los Tribunales, que no están vinculados a las conclusiones de los peritos.

9ª. En el bienio 1.987-88 se incrementan las argumentaciones de tipo nosológico, clínico y terapéutico, disminuyendo significativamente las referencias psicodinámicas. La apoyatura sobre los hechos se mantiene de igual forma en ambos períodos (aparecen en el 67,6% de las sentencias del primer período y en el 65,2% de las sentencias del segundo período).

10ª. Se incrementan en el segundo período las argumentaciones sobre la imputabilidad del procesado (66,2% de las sentencias

.../...

del primer período frente al 80,7% de las sentencias del segundo período).

11ª. La Jurisprudencia del segundo período conceptualiza como enfermedades mentales a las Neurosis y Psicopatías, partiendo de la información que aportan las Clasificaciones Internacionales. Apareciendo referencias a éstas de forma explícita en la Jurisprudencia de 1.988.

12ª. No aparecen líneas doctrinales ni coherencia en los argumentos sobre la imputabilidad de las entidades diagnósticas estudiadas. El intento de generalizar desde lo nosográfico genera, en la práctica, contradicción y confusión.

13ª. El estudio realizado nos permite concluir que la clarificación de la imputabilidad del procesado vendría dada por la relación entre los hechos y la psicopatología. Es la Psicopatología la que puede explicar, en cada caso concreto, la afectación de las llamadas jurídicamente facultades intelectivas y volitivas.

.../...

10. B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A . -

- * **ALEXANDER, F. y STAUB, H:** "El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico".
Edit. Biblioteca Nueva, Almagro, 32. Madrid, 1.961.

- * **ALONSO ALAMO, M.:** "Observaciones sobre el tratamiento penal de las psicopatías".
En libro homenaje al Prof. Antonio Beristain ("Criminología y Derecho Penal al servicio de la persona"), San Sebastian, 1.989.

- * **ALONSO FERNANDEZ, F.:** "Fundamentos de la Psiquiatría actual" Tomos I y II.
Editorial Paz Montalvo. 4ª ed., Madrid, 1.979.

- * **AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION:** "Insanity defense in criminal trials and limitation of psychiatric testimony".
Report of the Board of Trustees. JAMA, June 8, 1.984.

- * **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:** "DSM-III-R. Criterios Diagnósticos".

.../...

MASSON S.A., Balmes 151. Barcelona, 1.988.

- * **ANTONIOTTI, F. y MARTELLI, F.A.:** "Considerazioni giuridiche e médico-legali sulla imputabilità del soggetto epileptico". Zacchia, Archivo di Medicine Legale, Sociale e Criminologica Anno 59; Vol. IV della serie 4ª. Aprile-Giugno 1.986. Fascicolo 2. Luglio-Settembre 1.986. Fascicolo 3.
- * **ARANZADI:** "Repertorio de Jurisprudencia. Años 1.977, 1.978, 1.987 y 1.988.
Editorial Aranzadi S.A. Pamplona.
- * **BARBERO SANTOS, M.:** "La Reforma Penal. Cuatro Cuestiones Fundamentales".
Edit. Instituto Alemán. Madrid, 1.982.
- * **BARBERO SANTOS, M.:** "Marginación social y derecho represivo".
Bosch. Casa Editorial S.A. Barcelona, 1.980.
- * **BARBERO SANTOS, M. y Otros:** "Estudios Penales y Criminológicos

.../...

cos".

Universidad de Santiago de Compostela, 1.986.

- * **BARBERO SANTOS, M. y PRIETO AGUIRRE:** "Los delincuentes mentalmente anormales".

XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología. Madrid, 1.962.

- * **BARBEY, I:** "Ethical problems in forensic-psychiatric assesment".

Psychiatric Prax. Germany West. Sept., 1.988, 15 (5), p. 176-81.

- * **BARREDA GARCIA, ARMANDO A.:** "Medicina Legal. Temas procesales".

Edit. Montecorvo, S.A., Dr. Esquerdo, 47. Madrid, 1.978.

- * **BASAGLIA, F.:** "Problems of law and psychiatry: the italian experience".

International Journal of Law and Psychiatry. Vol 3; pp. 17-37, 1.980.

.../...

- * **BAZELON, DAVID L.:** "The role of the psychiatrist in the criminal justice system".
Bulletin American Academy Psychiatry Law. 1.978, 6 (2), p. 139-46.

- * **BEAN, PH:** "Mental disorder and legal control".
Cambridge University Press, 1.986.

- * **BELLUSI, G.:** "La perizia psichiatrica".
Minerva psichiatrica, vol. 29, nº 1. Enero-Marzo, 1.988.

- * **BENEZECH, M.; ADDAD, M. y GRASSET, A.:** "Criminologie et Psychiatrie".
Encycl. Méd. Chir., París. Psychiatrie, 37906 A¹⁰, 10-1.981.

- * **BERCOVITZ, RODRIGO:** "La marginación de los locos y el Derecho".
Biblioteca Politica Taurus. Taurus Ediciones, S.A. Madrid, 1.976.

- * **BERNER, P. y LUCCIONI, H.:** "Resumen histórico acerca de la

.../...

clasificación de las enfermedades mentales".

En Confrontaciones psiquiátricas nº 20. Rhone Poulenc Farma, SAE. 1.984.

- * **BEYAERT, F.H.L.:** "Differen penal systems and some consequences for forensic psychiatry".
International Journal of Law and Psychiatry. Vol. 5. p. 425-429. 1.982.
- * **BLOOM, J.D.:** "The legal basis of forensic psychiatry statutorily mandated psychiatric diagnoses".
AM. J. Psychiatry 144.7 July, 1.987.
- * **BLUGLASS, ROBERT:** "The psychiatric court report".
Medicine Science Law 1.979. Vol. 19 nº 2.
- * **BLUGLASS, ROBERT:** "Advances in forensic psychiatry in England and Wales".
International Journal of Law and Psychiatry. 1.981, 4-199-212.
- * **BLUGLASS, R y BOWDEN, P.:** "Principles and practice of foren-

.../...

sic psychiatry".

Churchill Livingston. Medical Division of Longman Group
UK Limited, 1.990.

- * **BOGANI, E.** : "Aspectos psicopatológicos, médico-legales y criminológicos del Alcoholismo".
Curso Nacional de Psiquiatría Forense y Criminología.
Mérida, Junio, 1.988.
- * **BONNET, E.F.P.:** "Psicopatología y Psiquiatría Forense".
Lopez Libreros Editores S.R.L. Buenos Aires, 1.983.
- * **BROMBERG, W.:** "Law and Psychiatry: A stormy marriage".
Bulletin of the Academy Psychiatry and Law. 1.981, 9(3)
p 172-9.
- * **BURSTEN, B.** : "The Psychiatrist-Witness and Legal Guilt".
American Journal Psychiatry 139, 6. Junio, 1.982.
- * **CABRERA, J. y FUERTES, J.C.:** "Psiquiatría y Derecho".
Aran Ediciones, S.A., 1.980.

.../...

- * **CALCEDO ORDOÑEZ, A.:** "El Peritaje Psiquiátrico".
Poder Judicial nº5. Diciembre, 1.982. pág. 45 y sigs.

- * **CARBONELL MATEU, J.C.; GOMEZ COLOMER, J.L. y MENGUAL i LULL, J.B.:** "Enfermedad mental y delito: Aspectos psiquiátricos, penales y procesales".
Civitas Monografías. Edit. Civitas, S.A. Gruiverc, 3.
Madrid, 1.987.

- * **CASTEL, R.:** "L'Ordre Psychiatrique".
Ed. de Minuit. París, 1.976.

- * **CASTILLA DEL PINO, C.:** "Introducción a la Psiquiatría".
Madrid, 1.980.

- * **CENTRO DE ESTUDIOS JUDICIALES:** "Psiquiatría Forense".
Colección Cursos. Vol. 3. Ministerio de Justicia. Centro de Publicaciones. Madrid, 1.990.

- * **COBO DEL ROSAL, M.:** "Peligrosidad Social y Medidas de Seguridad".
Valencia, 1.984.

.../...

- * COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTON, T. S. :
"Derecho Penal". Parte General.
Valencia, 1.984.
- * COMUNIDAD DE MADRID : "Mesa Redonda sobre :
Problemática del Internamiento Judicial del Enfermo
Psiquiátrico".
Editorial Consejería de Salud y Bienestar Social
(Secretaría General Técnica). Madrid. Mayo, 1.986.
- * CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL : "Boletín
de Información". Jurisprudencia Seleccionada de
la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo.
Año 1.987.
2ª Epoca. Año VIII. Número Extraordinario. Madrid,
Febrero 1.988.
- * CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL : "Poder
Judicial".
Marzo 87 nº 5. Junio 87 nº 6. Septiembre 88
nº 11.

.../...

- * **COPELAND, ARTHUR R.** : "Multiple Homicides".
The American Journal of Forensic Medicine and Pathology.
10 (3): 206-208; 1.989.

- * **CORDOBA RODA, J.** : "La Personalidad en las Leyes Penales".
Revista de Estudios Penitenciarios. Año XXVI nº 191. Ministerio de Justicia. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Escuela de Estudios Penitenciarios.

- * **COX , MURRAY** : "The Contribution of Dynamic Psychotherapy to Forensic Psychiatry and vice versa".
International Journal of Law and Psychiatry vol. 6.
p. 88-99; 1.983.

- * **CLAUDE, HENRY**: "Psiquiatría Médico-Legal".
Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1.933.

- * **CRIADO PUIGDOLLERS, M.; CRIADO DEL RIO, T. y CASTELLANO ARROYO, M.** : "Protocolos sobre el Informe Médico Forense Psiquiátrico... y el Informe Médico Forense Toxicológico".

.../...

Revista Española de Medicina Legal. Junio-Diciembre 1.987.
Año XIV nº52-53.

- * **CURRAN, WILLIAN J.:** "Uncertainty in prognosis of violent conduct: The Supreme Court Lays Down the Law".
Law-Medicine Notes. The New England Journal of Medicine
Vol. 310, nº25. pág. 1651-1652. June 21, 1.984.

- * **CONSEJERIA DE GOBERNACION:** "Constitución Española".
Edit. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación.

- * **DIAZ PALAS, FERNANDO:** "Teoria General de la Imputabilidad".
Edit. Bosch. Barcelona, 1.965.

- * **DIOLORDI, L.; RASIO, E. y SELBMANN, E. :** "Personalità psicompatiche e Imputabilità. Considerazioni Cliniche".
Zacchia, Archivio di Medicina Legale, Sociale e Criminologica. Anno 59, Vol. IV-serie 4ª. Aprile-Giugno 1.986. Fascicolo 2; p. 122-132.

- * **DORADO MONTERO, P. :** "Los Peritos y Médicos y la Justicia Criminal".
Madrid, 1.905.

.../...

- * **FAULK, MALCOLM** : "Basic Forensic Psychiatry".
Blackwell Scientific Publications Oxford, London, Edibunrgh,
Boston, Palo Alto, Melbourne, 1.988.

- * **FERNANDEZ ENTRALGO, J.** : "Criterios de validación del
Peritaje Psiquiátrico desde la Judicatura".
XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría. Madrid. Febrero, 1.990.

- * **FERNANDEZ ENTRALGO, J.** : "Criterios de Valoración Judicial
del Peritaje Psiquiátrico".
Universidad Internacional Menendez y Pelayo. Sevilla 26-
29 de Marzo, 1.990.

- * **FERNANDEZ ENTRALGO, J.** : Medidas Privativas y Restrictivas
de la Libertad del Enfermo Mental en el Proceso Penal".
Revista Jurídica Española. La Ley. Tomo 2. pag. 998-1.026.
1.988.

- * **FERNANDEZ DEL TORCO ALONSO, J. M.** : "Aspectos Médico Legales
del Delincuente Mental: Estado de la Cuestión sobre Criterio
Imputabilidad e Internamiento".

.... / ...

Actualidad Penal. Publicación Técnico-Jurídica de Derecho Penal. Nº 18, Abril-Mayo, 1.990.

- * **FOUCAULT, MICHEL:** "About the Concept of the Dangerous Individual in 19 th-Century Legal Psychiatry".
International Journal of Law and Psychiatry. Vol 1 pp. 1-18, 1.978.
- * **FOUCAULT, MICHEL :** "Historia de la Locura en la Epoca Clásica".
Fondo de Cultura Económica. Ediciones F.G.E. España S.A.
Vía de los Poblados s/n. Madrid.
- * **FOUCAULT, MICHEL:** "La Verdad y las Formas Jurídicas".
Editorial Gedisa Mexicana S.A. Colección Hombre y Sociedad.
México, D.F.
- * **FREEDMAN, A.M.; KAPLAN; M. y SADOCK, B.J.:** "Tratado de Psiquiatría Tomo I y II".
Salvat Editores, S.A. Mallorca, 41. Barcelona, 1.982.
- * **FREIXA, F.; SOLER INSA, P.A. y Colaboradores:** "Toxicomanías.

.../...

Un Enfoque Multidisciplinario".

Conducta Humana nº41. Editorial Fontanella. Barcelona, 1.981.

- * **FREY, ERWIN R.** : "El Tratamiento de los Delincuentes Mentalmente Anormales bajo el Principio de la Reponsabilidad Penal".

XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología. Artes Gráficas Helena. Madrid, 1.962.

- * **GARCIA ANDRADE, JOSE**: "El Hombre, el Delito y su Mundo".

Colección Maisal de Divulgación Médica. Ediciones Maisal, S.A. Madrid, 1.973.

- * **GARCIA-GALLO, ALFONSO**: "El Origen y la Evolución del Derecho".

Manual de Hisotria del Derecho Español Tomo I. Artes Gráficas y Ediciones S.A. Madrid.

- * **GARCIA-PABLOS, ANTONIO**: "Problemas Actuales de la Criminología".

Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid. 1.984.

.../...

- * **GARCIA-PABLOS, ANTONIO:** "Manual de Criminología".
Introducción y Teorías de la Criminalidad.
13. Espasa-Universidad. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1.988.

- * **GARRONERA MORALES, A. :** "El Estado Español como Estado Social y Democrático de Derecho".
Edic. Tecnos. Madrid, 1.984.

- * **GIMENO SENDRA, V.; MORENO CATENA, V.; ALMAGRO NOSETE, J. y CORTES DOMINGUEZ, V. :** "Derecho Procesal".
2ª Ed. Tirant lo Blanch. Derecho. Valencia, 1.988.

- * **GISBERT CALBUIG, J.A. :** "Medicina Legal y Toxicología".
Fundación Garcia-Muñoz. Sección Saber. Valencia, 1.985.

- * **GLUECK, S. :** "Law and Psychiatry".
Tavistock Publications, 1.963.

- * **GOLDSTEIN, ROBERT LLOYD :** "Psychiatrists in the Hot Seat: Discrediting Doctors by Impeachment of their Credibility".
Bulletin American Academy Psychiatry Law. Vol. 16, nº 3, 1.988.

.../...

- * **GOLDSTEIN, ROBERT LLOID:** "The Twilight Zone Between Scientific Certainty and Legal Sufficiency: Should a Jury Determine the Causation of Schizophrenia? ".
Bulletin American Academy Psychiatry Law. Vol. 15. Nº 1, 1.987.
- * **GOLDSTEIN, ROBERT LLOID:** "When Doctors Divulge: Is there a "Threat from Within" to Psychiatric Confidentiality?"
Journal of Forensic Sciences (USA). 34 (2), Pag. 433-8. Marzo, 1.989.
- * **GOMEZ DE LIAÑO, F.:** "Diccionario Jurídico". A.Z.
Salamanca, 1.979.
- * **GORMAN, WARREN F. :** "Are there Impartial Expert Psychiatric Witnesses? ".
Bulletin American Academy Psychiatry Law. Vol II, nº 4, 1.983.
- * **GROUNDS, ADRIAN :** "The Psychiatrist in Court".
Institute of Psychiatry. London. British Journal of Hospital Medicine. July, 1.985.

.../...

- * **GUIMON ; MEZZICH ; BERRIOS :** "Diagnóstico en Psiquiatría".
Salvat Editores. 1.988.
- * **GUZE, S.B.; GOODWIN, D.W. y CRANE, J.B. :** "Criminality and Psychiatric Disorders".
Archives General Psychiatry. 20 (1.969). Pag. 583-591.
- * **HALLECK, SEYMOUR L. :** "The Ethical Dilemmas of Forensic Psychiatry: A Utilitarian Approach".
The Bulletin American Academy Psychiatry Law. Vol 12, nº 3, 1.984.
- * **HALLECK, SEYMOUR, L. :** "The Mentally Disordered Offender".
American Psychiatric Press, Inc. 1.987 Washington.
- * **HASSEMER, W. y MUÑOZ CONDE, F. :** "Introducción a la Criminología y al Derecho Penal".
Tirant lo blanch. Valencia, 1.989.

.../...

- * **HEREDIA MARTINEZ, F.** : "La Medicina Legal ante la Nueva Ley de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal" (Ley Orgánica 8/1.983).
Revista Española de Medicina Legal. Julio-Diciembre, 1.982. Año IX nº 32-33.

- * **HUERTAS GARCIA-ALEJO, R.** : "Orfila. Saber y Poder Médico".
Estudio sobre la Ciencia: 2. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1.988.

- * **INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL** : "Situación Jurídica de los Pacientes Psiquiátricos Andaluces".
Informes Técnicos, nº 1. IASAM, Sevilla 1.985.

- * **INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL** : "La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1.984-1.990".
Serie Monográfica. Salud Mental. 2.
Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.

.../...

- * **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA:** "Estadísticas Judiciales de España Año 1.986".
Madrid, 1.989.

- * **IRIGARAY, LUCE:** "Parler N'Est Jamais Neutre".
Les Editions de Minuit. París, 1.985.

- * **JIMENEZ DE ASUA, LUIS:** "Psicoanálisis Criminal".
Ediciones Depalma. Buenos Aires, 1.989. 6ª Ed.

- * **JIMENEZ BURILLO, F. y CLEMENTE, M.:** "Psicología Social y Sistema Penal".
Alianza Universidad Textos. Alianza Editorial, S.A. Madrid, 1.986.

- * **JONES, KATHLEEN:** "The Limitations of the Legal Approach to Mental Health".
Internationa Journal of Law and Psychiatry. Vol. 3; pp. 1-15
1.980.

- * **JOSHI JUBERT, UJALA:** "Algunas Consecuencias que la Imputabilidad Puede Tener para la Antijuricidad".

.../...

Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales. Tomo XLII
Fasc. I. Enero-Abril, 1.989. Ministerio de Justicia.

- * **KAISER, GÜNTER:** "Introducción al Criminología".
7ª Ed. reelaborada y completada. Dirección-Traducción
J.M. Rodríguez Devesa. Edit. Dykinson, S.L. Madrid.
- * **KELSEN, H. :** "¿Que es la Justicia?".
Edit. Ariel; 1ª Ed. Febrero, 1.982. Barcelona.
- * **KENNY, ANTHONY:** "The Psychiatric Expert in Court".
Psychological Medicine, 291-302; 1.984. Great Britain.
- * **KOLLE, KURT:** "Psiquiatría Forense" (en "Psiquiatría: Manual
para Médicos y Estudiantes".
Edit. Alhambra. Madrid, 1.964.
- * **KRAFT, PHILIP B. :** "The Use of Legal Rhetoric in a Clinical
Setting: Advocating the Advocates".
The Bulletin American Academy Psychiatry Law. Vol. 13, nº 4,
1.985.

.../...

- * **KUNJUKRISHNAN, R. y BRADFORD, J.M.W.** : "Schizophrenia and Mayor Affective Disorder: Forensic Psychiatric Issues".
Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 33, nº 8. Noviembre, 1.988.

- * **LAMO DE ESPINOSA, E.** : "Delitos sin Víctima. Orden Social y Ambivalencia Moral".
Alianza Universidad. Alianza Editorial. Madrid, 1.989.

- * **LANGELÜDDEKE, ALBRECHT** : "Derecho Penal, Imputabilidad de los Anormales" (en su "Psiquiatría Forense").
Edit. Espasa-Calpe. Madrid, 1.972.

- * **LESSE, STANLEY** : "The Psychiatrist in Court-Theatre of the Absurd".
Editorial del American Journal of Psychotherapy. Vol. XXXVI, nº 3; July, 1.982.

.../...

- * **LEVINE S. V. :** "The Role of the Mental Health Expert Witness in Family Law Disputes".
Canadian Journal of Psychiatry 28 (4) p. 255-8.
Junio, 1.983.

- * **LEVY , A. ; SALAGNIK, I. ; RABINOWITZ, S. y NEUMANN, M. :** "The Dangerous Psychiatric Patient. Parte I: Epidemiology, Etiology, Prediction y Parte II: Short-Term Treatment".
Medicine And Law nº 8, 1.989.

- * **LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL**
Edit. Tecnos, S.A. 5ª. Ed., 1.988.

- * **LOPEZ SAIZ, I. y CODON, J. M. :** "Psiquiatría Jurídica, Penal y Civil. Tomos I y II".
3ª. Ed. Ediciones Aldecos, S.A. Burgos, 1.983.

- * **MACKLIN, RUTH :** "Man, Mind, and Morality: The Ethics of Behavior Control".
Samuel Gorovitz. Series Editor. Prentice-Hall, Inc.
Englewood Cliffs.

.../...

- * **MANZANARES SAMANIEGO, J. L. y ALBACAR LOPEZ, J.L. :**
"Código Penal" (Comentarios y Jurisprudencia).
Comares Editorial Granada. 1.987.

- * **MAPELLI CAFFARENA, B. y TERRADILLOS BASOCO, J. :**
"El Sistema de Sanciones en el Derecho Penal".
Artes e Industrias Gráficas Minerva, S.A. Sevilla,
1.989.

- * **MENA ALVAREZ, J. M. :** "Sobre la Inconstitucionalidad del Internamiento Psiquiátrico".
Estudios Jurídicos en honor el Prof. Perez Victoria.
Barcelona, 1.983.

- * **MENZIES, ROBERT J. ; JACKSON MARGARET, A. y GLASBERG, RHODA E. :** "The Nature and Consequences of Forensic Psychiatric Decision Making".
Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 27. October, 1.982.

- * **MIDDENDORFF, WOLF :** "Peritos en el Proceso Penal. Esplendor y Miseria de los Médicos Forenses".

.../...

Traducido por Rodríguez Nuñez, J. A. En Estudios de Derecho Penal y Criminológico. Tomo II. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Derecho, 1.989.

- * **MIEVILLE, C. L.** : "Le Psychiatrie, Expert Dans le Cadre D'Une Procédure Pénale. Son Role et Son Identité".

Rev. Méd. Suisse Romande 103: 671-678, 1.983.

- * **MINISTERIO DE JUSTICIA** : "Libro Blanco de la Medicina Forense".

Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid, 1.988.

- * **MIR PUIG** : "Lecciones de Derecho Penal".

Barcelona, 1.983.

- * **MONTGOMERY, B. J.** : "Forensic Psychiatry. Friend of the Court".

Jama. July 13. p. 125-7. Vol. 242. 1.979.

.../...

- * **MOORE, M. S.** : "Law and Psychiatry".
Cambridge University Press, 1.984.

- * **MOORE, M. S.** : "Law and Psychiatry. Rethinking the
Realtion-ship".
Cambridge University Press, 1.984. Printed in the
U.S.A.

- * **MORSE, STEPHEN J.** : "Psychology, Determinism, and
Legal Responsibility".
Nebraska Symposium on Motivation. 33 p. 35 - 85.
1.985.

- * **MUÑOZ CONDE, F.** : "La Imputabilidad desde el
Punto de Vista Médico - Psiquiátrico y Jurídico -
Penal".
Curso Nacional de Psiquiatría Forense y Crimi-
nología.
Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Mérida, Junio 1.988.

.../...

- * **MUÑOZ REY; GARCIA MARTIN; MUÑOZ TUERO y PEREZAGUAS:** "Tratamiento Jurídico Dado a las Personas con Disminución de la Imputabilidad".
Revista Española de Medicina Legal. Año XII. nº 44-45
pág. 91-94. Julio-Diciembre, 1.985.
- * **MURPHY:** "Alcohol and Crime".
Home Office Research Bull nº 15. pag. 8-11. 1.983.
- * **PAYNE, H. and LUTHE, R.:** "Isaac Ray and Forensic Psychiatry in the United States".
Forensic Science International nº 15, pag. 115-127. 1.980.
- * **PECES MORATE, J.:** "El Juez Ante la Pericia Psiquiátrica".
XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, Febrero 1.990.
- * **PEREZ MARIÑO, V. :** "Justicia y Derecho".
Universidad Internacional Menendez Pelayo. 1.981.
- * **PEREZ RUIZ, C. :** "La Argumentación Moral del Tribunal Supremo (1.940-1.975)".
Edit. Tecnos, S.A. Colección Derecho, Cultura y Sociedad.

.../...

Madrid, 1.987.

- * **PEREZ VICTORIA, O.** : "El Delincuente Psicopático y su Tratamiento".

Revista de Estudios Penitenciarios. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Año XXVI. nº 191. Octubre-Diciembre, 1.970.

- * **POLAINO NAVARRETE, M.** : "Estudios Jurídicos sobre la Reforma Penal".

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
1.987.

- * **POLAINO NAVARRETE, M.** : "Aspectos Filosóficos, Médicos y Criminológicos de la Reforma Penal".

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
Córdoba, 1.987.

- * **POLAINO NAVARRETE, M.** : "Criminalidad Actual y Derecho Penal".

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
Córdoba, 1.988.

.../...

- * **PONTI, G.L. :** "Compendio di Criminologia".
Libreria Cortina, Milano 1.980.

- * **POUGET, R. y BENEZECH, M. :** "La Nature de la Mission
Confiée à l'Expert Psychiatre en ce qui Concerne la Dangero-
sité, l'Accessibilité a une Sanction, etc."
Ann Méd. Psychol 146 (9). Septiembre-Octubre, 1.988.
París.

- * **PROBET, W. :** "Law, Language and Communication".
Charles C. Thomas Publisher. Springfield, Illinois, U.S.A.
1.972.

- * **QUINTERO OLIVARES, G. y MUÑOZ CONDE, F. :** "La Reforma
Penal de 1.983".
Barcelona, 1.983.

- * **RAPPEPORT, JONAS R. :** "Differences Between Forensic and
General Psychiatry".
Am. J. Psychiatry 139.3. March, 1.982.

- * **REDA, G. C. :** "Trattado di Psichiatria".

.../...

Uses. Firenze, 1.982.

- * **REINOSO BARBERO, F.** : "Los Principios Generales del Derecho en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo".
Edit. Dykinson, S.L. Madrid, 1.987.

- * **RESUMEN COLEX 1.987-1.988:** "Jurisprudencia Penal".
Contribución y Leyes, S.A. Madrid, 1.988-1.989.

- * **REVUES "ACTES" (Nº ESPECIAL):** "Magie Blanche et Robe Noire. L'Expertise Psychiatrique et la Justice".
Nº 5/6. París, 1.974.

- * **ROBERT, CH. N.** : "Delincuentes mentalmente deficientes, psiquiatría y justicia penal en Suiza".
Revue de Droit Pénal et Criminologie nº 1. Pag. 3-49.
Bruxelles, 1.976-1.977.

- * **ROBERT, CH. N.** : "Le Verdict Psychiatrique: De la Responsabilité de L'Inculpé aux Responsabilités de la Psychiatrie".
Rev. Méd. Suisse Romande 104. pag. 629-636. 1.984.

.../...

- * **ROBITSCHER, J.** : "The Many Faces of Forensic Psychiatry".
Bulletin American Academy of Psychiatry Law 6 (2) pag.
209-13. 1.978.

- * **RODRIGUEZ-AGUILERA, C.** : "La Sentencia".
Bosch, Casa Editorial, S.A. Barcelona, 1.974.

- * **RODRIGUEZ-AGUILERA, C.** : "El Lenguaje Jurídico".
Bosch. Barcelona, 1.969.

- * **RODRIGUEZ DEVESA, J.M.** : "Derecho Penal Español. Parte
General".
Edit. Dykinson, 1.988.

- * **ROMERO SIRVENT, C. y GOMEZ PAVON, P.** : "Enajenación Mental
y T.M.T. (Evolución legal y Análisis Jurisprudencial)".
La Ley . Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurispru-
dencia y Bibliografía. Dirigida por Octavio de Toledo
y Ubieta. Edilex, S.A. Madrid, 1.985.

- * **SADOFF, ROBERT L.** : "Practical Ethical Problems of the
Forensic Psychiatrist in Dealing with Attorneys".

.../...

Bulletin American Academy Psychiatry and Law Vol. 12.
nº 3, 1.984.

- * **SCHNEIDER, KURT** : "Patopsicología Clínica".

Edit. Paz Montalvo 4ª Ed. Española, 1.975.

- * **SERPA FLORES, R.** : "El Nuevo Código Penal ante la Psiquiatría".

Monografías Jurídicas nº 21. Editorial Temis. Colombia,
1.982.

- * **SERROCANT CANTO, E.** : "Historia de la Medicina Forense Española durante la Edad Media (Años 476-1.453)".

En Revista Española de Medicina Legal Año XV
nº 54 - 55 - 56 -57. Enero - Junio - Julio - Diciembre,
1.988.

- * **SHUMAN, D.W.** : "The Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders in the Courts".

Bulletin American Academy Psychiatry and Law. Vol 17,
nº 1. pag. 25-32. 1.989.

.../...

- * **SIERRA BRAVO, R.** : "Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica: Metodología General de su Elaboración y Documentación".
Edit. Paraninfo, S.A. Madrid, 1.986.
- * **SIMON, ROBERT I.** : "Clinical Psychiatry and the Law".
American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1.987.
- * **SMIGLIANI, E.** : "Imputabilità ed Anomalia della Personalità e del Carattere".
Giustitia Penale 99, I, 147. 1.986.
- * **SMITH and HOGAN:** "Criminal Law".
6ª Ed. London, Edimburgh. Butterworths, 1.988.
- * **SOLER ARREBOLA, P. y SOLER VIÑOLO, M.** : "La Prueba Pericial Psiquiátrica en la Esfera Penal" (Resumen de Tesina).
Folia Neuropsiquiátrica. Vol. XVII nº 3. pág. 309-319.
Septiembre-Diciembre, 1.982.
- * **SOTOMAYOR ACOSTA, J. R.** : "Inimputabilidad y Sistema Penal. Ideología de la Defensa Social: Peligrosidad,

.../...

Irresponsabilidad y medidas de seguridad".

Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Público. Area de Derecho Penal. Salamanca, 1.989.

- * **STONE, ALAN A.** : "Law, Psychiatry and Morality".
Essayas and Análisis. American Psychiatric Press, Inc.
Washington.
- * **SZASZ, T.** : "La Loi, la Liberté et la Psychiatrie".
Edit. Payot. París, 1.977.
- * **SZASZ, T.** : "The Myth of Mental Illness".
Harper and Row. New York, 1.961.
- * **TANCREDI, L.R.; WEISSTUB, D.N.:** "Law, Psychiatry, and
Morality: Unpacking the Muddled Prolegomenon".
International Journal Law and Psychiatry. 1.986, 9 (1)
p. 1-38.
- * **TERRADILLOS BASOCO, J.** : "El Tratamiento Jurídico-Penal
de la Enajenación".

.../...

En: "Comentarios a la Legislación Penal". (Dir.: Manuel Cobo del Rosal). Madrid, 1.985.

- * **TERRADILLOS BASOCO, J.** : "Peligrosidad Social y Estado de Derecho".

Dual, Editor. Madrid, 1.981.

- * **TERRADILLOS BASOCO, J.** : "Jurisprudencia Penal del Tribunal Supremo y Derechos Humanos".

Anuario de Derecho Humanos, núm. 3. Edit. de la Universidad Complutense. Madrid, 1.985.

- * **TORIO LOPEZ, A.** : "Las Fórmulas Legislativas sobre la Enfermedad Mental. Discusión del Concepto de "Enajenación". Estudios Jurídicos en honor del Prof. Octavio Pérez-Victoria Barcelona, 1.983.

- * **TRIBUNAL SUPREMO** : "Memoria Judicial de los años 1.977, 1.978, 1.987 y 1.988".

Madrid, 1.977, 1.978, 1.987 y 1.988.

.../...

- * **UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA :**
 "Estudios de Derecho Penal y Criminología"
 Tomo II.
 Facultad de Derecho, 1.989.

- * **VALLEJO, J. ; BULBENA, A. ; GRAU, A. ; POCH, J.**
y SERRALLONGA, J. : "Introducción a la Psicopatología
 y Psiquiatría".
 Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1.980.

- * **VIVES i BIEL, JOAN :** "La Técnica del Dictamen
 Psicológico y su Valoración ante los Tribuna-
 les".
 Anuario de Sociología y Psicología Jurídica
 nº 12, pág. 49-56. 1.986.

- * **WATSON, A. S. :** "On the Preparation and Use of
 Psichiatric Expert Testimony: Some Suggestion in
 an Ongoing Controversy".
 The Bulletin American Academy Psychiatry Law, 6.
 Pág. 226-246, 1.978.

.../...

- * **WEINER, BARBARA A.** : "Ethical Issues in Forensic Psychiatry:
From an Attorney's Perspective".
Bulletin of the American Academy Psychiatry and Law.
Vol. 12; n° 3. 1.984.

- * **WEINSTEIN, HENRY C.** : "How Should Forensic Psychiatry
Police Itself? Guidelines and Grievances: The Aapl Committee
on Ethics".
Bulletin American Academy Psychiatry and Law Vol. 12;
n°3. 1.984.

- * **WEINSTEIN, HENRY C.** : "Psychiatry on Trial: Clinical
and Ethical Problems in the Psychiatric Assessment of
Competency to Stand Trial".
Annals New York Academy of Sciences, 347. Pag. 12-19.
1.980.

- * **WEYGANDT, W.** : "Psiquiatría Forense".
Edit. Labor S.A. Barcelona, 1.928.

- * **ZILBOORG, G.** : "Mente y Medicina".
Edit. Nova. Buenos Aires, 1.951.

.../...

- * ZONANA, HOWARD V. : "Forensic Psychiatry: Critique of a Critique".

Bulletin American Academy Psychiatry Law, Vol. 12, nº 3.
pag. 237-241. 1.984.

- * ZUSMAN, J. y SIMON, J. : "Differences in Repeated Psychiatric Examinations of Litigants to a Lawsuit.

American Journal Psychiatry. Octubre, 1.983. 140 (10)
p. 1300-4.

A P E N D I C E I

A P E N D I C E 1.-

Artículo 8. CODIGO PENAL:

De las circunstancias que eximen de la responsabilidad criminal

Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Cuando el Tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por alguna o algunas de las siguientes medidas:

.../...

a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.

b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas, o de la facultad para obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

d) Presentación mensual o quincenal, ante el Juzgado o Tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guarda o custodia.

2º El menor de 16 años.

Cuando el menor que no haya cumplido esta edad ejecute un hecho penado por la Ley, será confiado a los Tribunales Tutelares de Menores.

3º El que por sufrir alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

.../...

Cuando esta personas hayan cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, se les aplicará la medida de internamiento en un Centro Educativo especial, durante el tiempo necesario para su educación, del cual no podrán salir sin autorización del Tribunal.

Cuando la evolución del tratamiento lo permita, esta medida será sustituida por alguna o algunas de las medidas del último párrafo del número 1 de este artículo.

4º El que obre en defensa de la persona o derechos, propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:

1º) Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes, se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes; en caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquella o éstas.

2º) Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla.

.../...

3º) Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

5º) ...(Sin contenido.)

6º) ...(Sin contenido.)

7º) El que, impulsado por un estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra persona o infringe un deber, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Primero: Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Segundo: Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionada.

Tercero: Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

8º) ...(Sin contenido.)

9º) El que obra violentado por una fuerza irresistible.

.../...

10º) El que obra impulsado por miedo insuperable de un mal igual o mayor.

11º) El que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

12º) El que obra en virtud de obediencia debida.

Artículo 9. Capítulo III :

De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal

Son circunstancias atenuantes:

1ª) Las expuestas en el capítulo anterior, cuando no concu-
rieren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad
en sus respectivos casos.

En los supuestos de eximente incompleta en relacion con
los números uno y tres del artículo anterior, el Juez o
Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondien-
te, las medidas previstas en dichos números. No obstante,
la medida de internamiento sólo será aplicable cuando
la pena impuesta fuera privativa de libertad y su dura-
ción no podrá exceder de la de ésta última. En tales ca-
sos, la medida se cumplirá siempre antes que la pena y el
período de internamiento se computará como tiempo de
cumplimiento de la misma, sin perjuicio de que el Tribu-
nal pueda dar por extinguida la condena o reducir su
duración en atención al buen resultado del tratamiento.

.../...

2ª) La embriaguez no habitual, siempre que no se haya producido con propósito de delinquir.

3ª) La de ser el culpable menor de 18 años.

4ª) La de no haber tenido el delincuente intención de causar un mal de tanta gravedad como el que produjo.

5ª) ...(Sin contenido.)

6ª) ...(Sin contenido.)

7ª) ...(Sin contenido.)

8ª) La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebató, obcecación u otro estado pasional de semejante entidad.

9ª) La de haber procedido el culpable antes de conocer la apertura del procedimiento judicial, y por impulsos de arrepentimiento espontáneo, a reparar o disminuir los efectos del delito, a dar satisfacción al ofendido o a confesar a las autoridades la infracción.

.../...

10ª) Y, últimamente, cualquiera otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

A P E N D I C E I I

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN DESVIACIONES SEXUALES. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1045-78 3812-78	Desviacionismo sexual	
49-77	Homosexualidad, aberración o forma desviada de la "libido"	Desordenados e insaciabiles apetitos sexuales, desbocada sensualidad
673-77	El recurrente afirma que condición homosexual y enfermedad mental se se identifican...tal premisa es falsa...vicio congénito de perfiles patológicos.	

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN DESVIACIONES SEXUALES. II P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
7901-86		

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1325-77		
1469-78	Psicópata Inestable (Estados mentales que representan unas desviaciones fundamentales y normales del psiquismo).	Aflora al campo de la personalidad, principalmente en la esfera de los sentimientos, de la voluntad y de los instintos.
1731-77	Anomalías de personalidad cuya esencia estriba en disarmonías caracterológicas. Psicopatía depresiva.	Indecisión o angustia como notas más fundamentales.
2453-77		Referida a su carácter y comportamiento,...no anula ni disminuye su comprensión de las pautas o normas...factor de orden afectivo,...sentimientos
2639-78	Simples anomalías de la humana personalidad.	Influyen en su carácter, en su temperamento, vida vegetativa, en su afectividad, en la parte emocional del sentimiento...sujeto raro y extravagante.
3141-78		Embriaguez habitual, inteligencia disminuida
3251-78	Psicopatía neurótica de tipo paranoide; dos tipos: el combativo y el sensitivo o depresivo.	
3339-78		Personalidad psíquica inestable y excitable.
3374-78	Personalidad Paranoide simple (dos tipos: combativo y sensitivo) puede ser tránsito a la Paranoia pero sin llegar a confundirse con una psicosis	Estado de ánimo lábil, rasgos de inmadurez, inseguridad, angustia y sentimiento de inferioridad.
3414-78	Personalidad Psicopática Explosiva	Trastornos de la esfera afectiva, agresividad contra si mismo, sugestibilidad patológica, inmadurez, impulsividad, alteración en el EEG
4116-78	No constituye enfermedad mental, diferencias de psicosis y de pseudopsicopatía.	Inadaptación al ambiente, anomalías caracterológicas, no comprometen la capacidad volitiva ni la intelectual
4133-78	Cuadro límite o borderline: Esquizofrenia latente o preesquizofrenia	Está en el límite de comenzar la anormalidad
468-78		Colérico y violento
99-77	Psicopatía impulsiva, la más leve y frecuente de todas ellas	Disarmonía caracterológica y ligera o extensa inadaptación social, reacción a

ELEMENTOS NOSOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. I P

Nº Sentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1325-77		
1469-78	Psicópata inestable (Estados mentales que representan unas desviaciones fundamentales y normales del psiquismo).	Aflora al campo de la personalidad, principalmente en la esfera de los sentimientos, de la voluntad y de los instintos.
1731-77	Anomalías de personalidad cuya esencia estriba en disarmonías caracterológicas. Psicopatía depresiva.	Indecisión o angustia como notas más fundamentales.
2453-77		Referida a su carácter y comportamiento,...no anula ni disminuye su comprensión de las pautas o normas...factor de orden afectivo,...sentimientos
2639-78	Simple anomalías de la humana personalidad.	Influyen en su carácter, en su temperamento, vida vegetativa, en su afectividad, en la parte emocional del sentimiento...sujeto raro y extravagante.
3141-78		Embriaguez habitual, inteligencia disminuida
3251-78	Psicopatía neurótica de tipo paranoide; dos tipos: el combativo y el sensitivo o depresivo.	
3339-78		Personalidad psíquica inestable y excitable.
3374-78	Personalidad Paranoide simple (dos tipos: combativo y sensitivo) puede ser tránsito a la Paranoia pero sin llegar a confundirse con una psicosis	Estado de ánimo lábil, rasgos de inmadurez, inseguridad, angustia y sentimiento de inferioridad.
3414-78	Personalidad Psicopática Explosiva	Trastornos de la esfera afectiva, agresividad contra si mismo, sugestibilidad patológica, inmadurez, impulsividad, alteración en el EEG
4116-78	No constituye enfermedad mental, diferencias de psicosis y de pseudopsicopatía.	Inadaptación al ambiente, anomalías caracterológicas, no comprometen la capacidad volitiva ni la intelectual
4133-78	Cuadro límite o borderline: Esquizofrenia latente o preesquizofrenia	Está en el límite de comenzar la anormalidad
468-78		Colérico y violento
99-77	Psicopatía impulsiva, la más leve y frecuente de todas ellas	Disarmonia caracterológica y ligera o extensa inadaptación social, reacción a

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. I P

NSSentencia

Elementos Nosológicos

Elementos Clínico-Psicopatológicos

estímulos con respuestas
desproporcionadas. Normalidad
intelectiva

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. II P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
10301-88	Deficiencias caracterológicas y de personalidad.	Capacidad intelectual alta.
1095-88	Psicopatía esquizoide.	
1336-88	Psiconeurosis leve	
1341-88	Anomalia estructural de la personalidad, no especifica el tipo, se califica de fuerte. Anomalia referida basicamente a la afectividad...	Cuya más patente manifestación es la de sufrir o hacer sufrir, su estado de ánimo oscila, sus reacciones son desmesuradas, agresividad...
1586-88	No constituye enfermedad mental o psicosis, sino una desviación caracterológica del sujeto.	
1622-88	Trastorno de personalidad. Personalidad antisocial. No es una enfermedad mental, anomalia de personalidad muy discutida desde antiguo...	Fuertes impulsos agresivos.
2032-88	Psicopatía con trastornos de conducta.	
2161-87	Personalidad psicopática esquizoide de inteligencia normal y que no padece enfermedad alguna.	Graves perturbaciones emocionales, autismo, alteración en la percepción, pseudobulimia. Inmaduro, débil, irritable, impulsivo,...
2196-87	Personalidad Psicopática.	Dependencia de la heroína pero no se acredita Síndr. de Abstinencia. No padece alteración de facultades intelectivas y volitivas.
2579-87		Personalidad primitiva y comportamiento en el acto del juicio oral torpe y pueril. No hay alteración en la percepción.
2638-87	Personalidad Psicopática.	Inmadurez emocional. Consumo de hachís desde los 14 años, después anfetaminas y psicofarmacos, desde hace tres años heroína... escalada....
2747-88	Personalidad psicopática.	Sobrios datos que traspasan el tamiz del tribunal sentenciador: labilidad emocional y carácter primitivo.
3099-87	Psicopatía con trastornos del comportamiento.	Se descarta sintomatología psicótica o deterioro orgánico. La psicopatía más abstinencia puede alcanzar un trastorno equiparable a psicosis.
3521-88	Personalidad Psicopática no asociada a anomalia mental alguna.	Nivel intelectual e instintivo primitivos. Respuestas desproporcionadas a estímulos nimios, pérdida de

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. II P

NSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
		control cuando se embriaga.
3523-88	Personalidad sexualmente desequilibrada. No constituye enfermedad mental.	Carácter obsesivo impulsivo y violento. Baja tolerancia a la frustración. Conciencia de realidad. Falto de lógica y de reflexión, alcohol...
4136-88	Carece de afección mental psíquica y orgánica. Normal el EEG y la inteligencia.	Introverso. Baja autoestima, fácilmente irritable. Carece de sintomatología psicopatológica.
4420-88		Nivel de inteligencia muy elevado. Necesidades afectivas que le hacen sentir agresividad.
4476-88	Psicópata epileptoide. Trastorno de personalidad de tipo paranoide.	Importantes rasgos depresivos-hipocondríacos. Impulsividad e irritabilidad.
449-88	Trastorno de personalidad.	Irritabilidad, potenciados por las bebidas alcohólicas.
4706-88	Personalidad psicopática explosiva.	
4971-87	Drogadicción. Toxifrenia alcohólica. Psicópata consumidor habitual de droga.	Excentricidades, originalidades que no causan la mas mínima disminución en la inteligencia y la voluntad. Anormalidades caracterológicas.
5026-88	Debilidad Mental Media. (Coeficiente intelectual de 83) Psicopatía o sociopatía.	Personalidad psicoinfantil. Inseguridad en el area sexual.
508-88	Trastorno de carácter.	Carácter nervioso e irascible, ingestión de bebidas alcohólicas .
5152-87	Psicosis esquizofrénica afectiva, sobre la base de una personalidad psicopática se ha instaurado una auténtica neurosis.	Personalidad:insuficientemente estructurada, con rasgos sociopáticos y reacciones desproporcionadas con base en una neurosis sexual. Biografía...
5173-87	Personalidad paranoica que no equivale a la paranoia misma.	Que la familia lo tenía relegado no era una idea delirante sino un suceso real, veraz y acreditado.
5326-87	Grave psicopatía, con trastornos neuróticos.	Desviaciones caracteriales. Nucleos melancólicos y alteraciones electroencefalográficas significativas.
5382-88	Personalidad psicopática con rasgos esquizoides y obsesivos	
5535-87	Personalidad psicopática hipertímica . No padece enfermedad mental.	Excitación anormal en corto-circuito, serios trastornos de conducta,

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN TRAST. DE PERSONALIDAD. II P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
		incapacidad para adaptarse a las normas de convivencia social,...
5572-87	Personalidad límite o borderline, situada en una zona clínicamente mal delimitada que separa lo normal de lo que constituye una patología...	Personalidad inmadura, escasamente estructurada y mal organizada, con escasa capacidad reflexiva y marcado estilo psicopático...
6308-87	Borderline: estado límite entre la normalidad y la enfermedad. Trastorno psiquiátrico con fenómenos neuróticos y psicóticos.	Sint. paranoide y compulsiva vinculada a personas, cosas y lugares sagrados. Disminución de voluntad cuando su conducta se relaciona con ellos.
6648-88	Psicopata profundo. El psicópata es un enfermo mental.	
6797-88	Personalidad Psicopática: múltiples variedades. CIE-9 de la OMS.	Trastorno de conducta y de comportamiento, retraso pedagógico, impulsividad e irresponsabilidad.
8375-88	Personalidad psicopática, limítrofe con la normalidad. Epilepsia del lóbulo temporal.	
8496-87	Personalidad Psicopática Explosiva, reacciones vivenciales anormales. Son enfermedades mentales.	Trastornos de la afectividad, del temperamento y del carácter que acompañan al sujeto "desde la cuna hasta el sepulcro",...causa de infelicidad...
8817-88	Personalidad depresiva.	Impulsivo, rasgos paranoides.
9177-88	Alteración del carácter.	Reacciones desproporcionadas, personalidad agresiva, primaria.
9251-88	Personalidad normal.	Rasgos de infantilismo e inmadurez. Pobreza intelectual, emocional y cultural. Inseguridad y actitud defensiva.
9376-88	CIE-9 de la OMS. Clasificación de K. Schneider.	Personalidad primitiva, infantil y agresiva, de tipo colérico o violento. Vertiente sexual exacerbada.
9588-88	No enfermedad mental.	Gran frialdad y falta de afecto (pero no de control volitivo). Toma de droga esporádicamente, no se ha probado síndrome de abstinencia.
9695-88	Auténtica enfermedad mental en este caso y no sólo una anomalía temperamental de la afectividad.	

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN EMBRIAGUEZ-ALCOHOLISMO. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1269-78		Ligera excitación etílica
1302-78		Intolerancia alcohólica
1323-78		
1328-78		
1771-77		
2022-78		
2226-78		
2617-78		
3571-78		
3813-78		
3877-78	Demencia alcohólica. Debilidad Mental	Coeficiente mental de 8,70. Edad Mental de 10 años
482-77		
50-77	Intoxicación etílica .	
592-78		Fuerte disminución de sus facultades psíquicas
937-78		

NSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1015-88	El ebrio habitual puede llegar a equipararse con el alcohólico crónico, muy próximo, cuando no idéntico.	
1085-88	Diferencia la habitualidad de la bebida de la embriaguez habitual, que a su vez hay que separarla del Alcoh. crónico y de la embriaguez patológica	Bebedor habitual pero no ebrio habitual. Cardiopatía isquémica en tratamiento médico de fármacos.
1198-88		Estado de fuerte embriaguez.
1227-88		Cuadro clínico de embriaguez alcohólica con fuerte desinhibición, irritabilidad y exacerbación de la libido, trastornos de conducta
1338-88	Dos polos: el alcoholismo como enfermedad mental y la simple embriaguez.	Consumo de bebidas alcohólicas, perturbación psíquica, total y absoluta, pérdida de consciencia.
2024-87		
2114-88		Caracteres psicopáticos con grave agresividad, manifestaciones clínicas muy diversas.
2238-87		
2472-87		Se dice que el acusado era alcohólico y drogadicto, pero no que tuviera alteraciones considerables de su lucidez mental. Afirma no recordar nada...
2623-87		
2732-88		
2744-88		
2754-88		Ingestión de bebidas espirituosas en cantidad superior a la que suele provocar ligera euforia característica de la primera fase de embriaguez.
3661-88		Arrebato como estado de ánimo de ofuscación de la mente, de emoción fuerte o violenta.
4991-87		
5040-88		
5596-87		Afición a la ingesta alcohólica excesiva desde los 16-17 años. Intellectualmente normal. Dice no recordar nada de lo sucedido...

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN ENBRIAGUEZ-ALCOHOLISMO. II P

NSSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
6023-87		
6465-87		Consta ser adicto a la heroína sin que conste que tal adicción altere ni disminuya sus facultades intelectuales ni volitivas.
6651-87		Estado de notoria disminución de facultades mentales.
6967-88		
7065-88		
7261-87		
8237-88		
9228-88		
9409-87		El Tribunal consideró que el número y calidad de las consumiciones no habían determinado en los procesados una intoxicación etílica...

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN PSICOSIS. I P

Nº Sentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
106-78	Reacción psicótica-paranoide sin base patológica que no constituye enfermedad	Reacción vivencial exógena de carácter anómalo o una reacción paranoide producida por una embriaguez menos plena...
3358-78	Psicosis Maníaco-Depresiva	Reacción colérica, con manifiesta disminución de la inteligencia y voluntad, ya alteradas por la enfermedad mental.
847-77	Esquizofrenia hebefreno-catatónica	

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN PSICOSIS. II ?

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
2225-87	Psicosis agresiva con fases depresivas.	Adicción a la heroína : síndrome de abstinencia.
416-88	Esquizofrenia paranoide residual, epilepsia postraumática. Formas hebefrénicas, catatónicas y paranoides, residual, larvada o latente...	Disociación intrapsíquica, ruptura del mundo interior y el exterior trastornos del pensamiento, de la afectividad, alucinaciones, ideas delirantes...
4591-88	Psicosis.	Caracteres e intensidad no definidos.
4958-87	Psicosis tóxica	Diagnosticado en el 86, delito en el 84: el forense dice que no se puede determinar el estado mental de cuando ocurrieron los hechos...
5028-87	Psicosis transitoria, Psicosis sintomática.	Personalidad deteriorada.
6512-87 7508-87	Psicosis Paranoide.	Delirios celotípicos.
9521-86	Psicosis Paranoide. Término psicosis en: Diccionario de la R.A.E. y de Casares; O.M.S. ; DSM-III Y DSM-III-R. Diferencia con Pers. Paranoide.	Delirios de perjuicio y persecución. Razona perfectamente sobre lo que no roce el tema del delirio.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN OLIGOFRENIAS. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1303-77	Debilidad Mental. Alcoholismo crónico con Síndr. Psicorgánico no demencial	Edad Mental 13 años y dos meses. Edad cronológica de 26 años y un coeficiente intelectual de 84 por 100 del normal
1641-77		Debilidad mental de la víctima; entre 7 y 12 años de edad mental
2034-78	Oligofrenia en grado de debilidad mental intermedio	Edad Mental de 10 años, coeficiente intelectual de 0,66, descontrol de impulsos, déficit de inhibiciones
2270-77	Oligofrenias o frenastenias. Pueden ir desde la simple debilidad mental...pasando por la imbecilidad hasta llegar a la idiocia...	Disminución del nivel intelectual. De 19 años de edad puede presentar un nivel mental equiparable al de un niño de 9 años.
2793-78	Oligofrenia leve. Oligofrenia: anomalía mental que engloba varios grados: idiocia, imbecilidad y debilidad mental	
3746-78	Oligofrenia de grado leve encuadrable en Debilidad Mental. Neurosis de angustia derivada de aquella y de adicción a drogas.	
3856-77	Debilidad Mental	Fácilmente descontrolable con la acción del alcohol o de factores emocionales.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN OLIGOFRENIAS. II P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1092-88		Personalidad inestable y patológica.
2046-88	Debilidad mental ligera. Personalidad neurótica e impulsiva	En situaciones extremas escapan a su control sus reacciones o actos.
2077-88	Debilidad mental.	Edad Mental de 10 años y seis meses.
2617-87	Oligofrénico en grado de debilidad mental profunda. Subnormalidad o disminución psíquica.	Perturbaciones de la personalidad, afectan a la inteligencia, no suponen irrupción de elementos ajenos, asociados a anomalías corporales u otras.
3066-87	Debilidad mental	Inmadurez.
4058-87	Idiocia, imbecilidad, debilidad y torpeza mental. Según su coeficiente de inteligencia. Clasificación de Asociaciones Americanas y de la OMS...	
445-87	D.Profunda (coeficiente de agudeza intelectual situado en un 25% de la normalidad).D.Mediatentre un 26 y un 50%. Simple Debilidad Mental(51 y 70%).	CI=68 . Severo trastorno del carácter. Conducta impulsiva. Retardo en el desarrollo psíquico (Debilidad mental, imbecilidad, idiocia).
526-88	Déficit intelectual (Cociente de 70), incluido en la zona alta de la debilidad mental, y por debajo de los "border-line".	Déficit intelectual más ingesta de alcohol.
5307-87	Debilidad mental.	Disparidad entre la edad cronológica y la mental.
5310-87	Oligofrenia en grado de debilidad mental. Oligofrenia leve, personalidad psicopática. Oligofrenia erética.	Trastornos de conducta propios de su condición de toxicómano de larga evolución, alto nivel de agresividad, egocentrismo, coef.intelec. de 75
6539-88		Coefficiente intelectual de 0,60.
6638-87	Debilidad mental atenuada. Oligofrenia moderada. .	Le falta aptitud para el raciocinio,hace que una agresión realizada con las manos sea repelida con un objeto punzante. El deficit no tan profundo...
6949-87	Debilidad mental profunda. Oligofrenia: profunda, media, debilidad o retraso mental y torpeza mental (sus edades mentales y sus CI).	Edad mental de 11 años y coeficiente de 0,67 (EC:17) basándose en la psicometria y tests de personalidad y de inteligencia.
7369-87	Retraso mental.	Tendencia a reacciones explosivas ante estímulos que afectan a sus intereses . Su personalidad compulsiva explotó violentamente.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN OLIGOFRENIAS. II P

Nº Sentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
7602-87	Oligofrenia. Criterios de la OMS: subnormalidad mental ligera (c.i. entre 50 y 70), moderada (50-65), severa (20-35), profunda (inferior a 20) .	Débil mental con coeficiente de 0,55. Edad mental entre los 11 y los 13 años.
7667-88	Oligofrenia leve con ligera debilidad mental.	Coeficiente intelectual de 72, cuadros distímicos coléricos basados en una debilidad mental.
8076-88	Oligo.en grado de imbecilidad profunda o deficiencia severa segun las calificaciones de la O.M.S.	Coeficiente intelectual no superior a 30. Otros rasgos psicóticos que no se precisan

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN EPILEPSIAS. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1065-78 1030-77	Traumatismo craneo-encefálico	Altera su normalidad y restringe facultades cerebrales volitivas.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN EPILEPSIAS. II P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1253-87	Polidependencia o politoxicomania. Meningitis. Epilepsia Residual	Personalidad adicta a ingestión de drogas tóxicas. Facultades volitivas absolutamente anuladas. Capacidad de discernimiento prácticamente anulada.
1516-88	Personalidad epileptica	Su estado no era demencia epileptica, ni se hallaba en la fase previa (aura), ni en la obnubilación propia de los momentos crepusculares.
236-88		Notable condicionamiento sobre sus facultades intelectivas y volitivas en su actuar.
3474-88	Epilepsia temporal.	Coefficiente intelectual límite, pero no inferior a la normalidad. No concurrencia de aura ni crisis comicial...
6786-86		Ataque epileptico. Modificación epileptica de la personalidad con consecuencias permanentes. Estado crepuscular de confusión posterior al ataque.
7862-88	Epilepsia esencial. Personalidad paranoide y esténica.	Colos patológicos que causan un estado afectivo especial o pasional
7571-87		Afectación cerebral con alteraciones físicas y psíquicas, 80 % de disminución de la voluntad, es inteligente y no tiene voluntad.
9515-87		Trastornos en el sueño, cefaleas y trastorno en las funciones psíquicas superiores (E.E.G. en los límites inferiores de la cota normal...)
9517-87	Disritmia cerebral.	Posibles reacciones desproporcionadas e incluso violentas ante estímulos muchas veces triviales.
9519-88	Epilepsia temporal. Oligofrenia	EEG. actividad paroxística irritativa temporal izquierda. Bajo nivel de madurez e inteligencia, como una edad cronológica de 10 años.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN NEUROSIS. I P

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
2619-78	Psiconeurosis Obsesiva	
2638-78	No constituye enfermedad cerebral, sino modos anómalos de vivenciar acontecimientos externos. Neurosis de angustia y Depresión Reactiva.	
3229-78	Personalidad neurótica. Estado depresivo reactivo.	Sentimientos de inseguridad, falta de confianza en sí mismo y afectividad lábil y emotiva, lloros, tristeza, anorexia, insomnio.
483-78	Diferencias de criterio y de enfoque de la ciencia Psiquiátrica..., enfermedad nerviosa según diccionario,...,diferentes tipos y clasificaciones...	Fuerte contenido emocional o afectivo, frente a un problema de la vida, no se conduce como lo haría la generalidad de las personas
936-78	Neurosis o reacciones psicogenéticas	Vivencias anormales producidas por circunstancias emocionales, estructura psíquica peculiar.

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN NEUROSIS. II P

Nº Sentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1066-88	Neurosis histérica o histerismo.	
1359-88	Neurosis como verdadera enfermedad mental, incluido en CIE-9, brote reactivo de neurosis depresiva, involución presenil, inicio de psicosis orgánica	Capaz de desencadenar comportamientos agresivos no suficientemente dirigidos por la conciencia ni controlados por la voluntad.
2010-88		Personalidad hiperestésica. Sensibilidad excesiva a algunos de los sentidos corporales. Tendencia a depresiones y cuadros de ansiedad y angustia.
2046-86	Debilidad mental ligera. Personalidad neurótica e impulsiva	En situaciones extremas escapan a su control sus reacciones o actos.
2721-88	Neurosis obsesiva como simple perturbación del equilibrio interior que afecta al nivel de la afectividad.	Sin desestructurar el sistema de relaciones del yo con la realidad, no modificaciones de la capacidad para dirigir la propia conducta.
7286-87	Neurosis de carácter.	
7649-80	Neurosis obsesiva al ser conocedor de padecer el SIDA.	Estado depresivo por la posible infección del SIDA del que murió su compañera. Síndr. de abstinencia siempre latente. Drogadicto desde los 15 años.
835-88	Piconeurosis obsesiva.	

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN OTROS DIAGNOSTICOS. II P

Nº Sentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1221-88	Personalidad depresiva.	Diversos intentos de autolesión.
3029-87		Ligera disminución de facultades de obrar y querer.
5607-87		Sería decisivo que el sida hubiese provocado encefalopatías o disturbios neurológicos que pueden presentarse asociados.
6623-87	Involución senil, pautofilia.	El acto debió reputarse afinado en su senilidad más que en la sexualidad totalmente disminuida o más bien anulada. (dice el recurso)...
7572-87	No es lo mismo personalidad paranoide que paranoia: la personalidad paranoica no es más que predisposición a la paranoia.	Personalidad paranoide con núcleo de delirio centrado en problemas relativos al entorno familiar.
8404-88		Carta con propósitos suicidas (en el sobre de la carta pone "matundem").
9776-87	Depresión reactiva intensa. Distimia depresiva. (La sentencia diferencia Neurosis de Psicosis)	Estado depresivo intenso, culpa y pesimismo, neuroticismo, rasgos de acusada introversión y franca inseguridad,...

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN DIAGNOSTICOS NO ESPECIFICADOS. I F

NºSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1324-77		
186-77		
2394-78		
2790-78		
3591-77		
413-77		
428-77		
421-78		
4213-77	Trastornos Psíquicos (que disminuían sus facultades psíquicas de querer y de obrar)	
4919-77		
5043-77		
656-77		No se advierte que nada turbara momentaneamente la mente del inculpado, ni de forma completa ni tan siquiera incompleta.
775-78		
939-77		Rasgos caracterológicos del procesado, abólico
947-77	Personalidad Normal	No existen síntomas de que padezca psicosis

ELEMENTOS NOSOGRAFICOS Y CLINICOS EN DIAGNOSTICOS NO ESPECIFICADOS. II P

NSentencia	Elementos Nosológicos	Elementos Clínico-Psicopatológicos
1060-88		
1254-87		Padecía mania televisiva o telemania.
2465-87		
2473-87		
2577-87		
3004-87		
3140-87		
4977-87		
4998-87		Celos que no alcanzan en el relato probatorio las fronteras de una celotipia, lindante con el delirio paranoico.
5310-88		
5371-88		
5539-87		
5568-87	Anomalías psicológicas.	Ciertas anomalías psicológicas que la procesada sufrió en la época en que los hechos ocurrieron.
6487-88		
8253-88		se decía de la drogadicción del procesado. No existe dato del que se pueda deducir alguna anomalía mental del procesado.
828-88		
842-88		
8475-87		
8956-88		

A P E N D I C E I I I

IMPUTABILIDAD EN LAS DESVIACIONES SEXUALES

Sólo se recogen dos referencias, una en cada periodo .

RA: 74/78: De los procesados por corrupción de menores se dice que: "...ninguna prueba se ha aportado que, plasmada en la narración histórica de la sentencia recurrida, demuestre que los procesados carecieran de discernimiento o de capacidad volitiva, o que no se representaran la trascendencia o significación de los actos perpetrados".

RA: 7901/88: Al procesado, exhibicionista, juzgado por escándalo público se le estima la eximente de enajenación mental y se le aplica internamiento desde la fase instructoria.

IMPUTABILIDAD EN LAS PSICOPATÍAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

AÑOS 1977-1978:

RA: 99/77: La sentencia del T. S. admite , "... excecional y exclusivamente la disminución de la responsabilidad personal, si reúnen la triple condición de ser graves o profundas; de actuar la desviación psíquica que contienen, de manera causal en la determinación del delito cometido; y de que se compruebe, por apreciación judicial, que dentro del campo de la conciencia, disminuyen ostensiblemente la inteligencia o rebajan la voluntad por el alcance amplio de las valencias psicópticas de la personalidad ...y que se manifiestan, en definitiva por la presencia de pequeña libertad frente a sí mismo, atendiendo a la constitución biopsíquica".

RA: 1325/77: Se desestima el recurso, entre otros motivos , porque "la personalidad psicóptica es irrelevante o intrascendente a efectos de responsabilidad penal, cuando no implica alteración ni disminución alguna de las facultades intelectivas y volitivas".

RA:1731/77: Se desestima el recurso y el T.S. considera en la sentencia que para que las psicopatías "puedan ser constitutivas de atenuantes comprendidas en el Art. 9.1º en relación con el art. 8-1ª, ambos del C.P., es preciso que reúnan dos requisitos principales: 1ª que sean graves o que lo sean en alto grado, 2º. Que tengan relación causal con el delito cometido."

RA:2453/77: Se dice que "...sobradamente es conocida la abundante doctrina de esta Sala de que para la apreciación de cualquier circunstancia modificativa de responsabilidad criminal su naturaleza y elementos integradores han de fluir y reflejarse en el "factum" probatorio con tal manifiesta claridad como el hecho delictivo mismo..." ; y en la sentencia recurrida : "...al referirse a la psicopatía del procesado la entiende referida a su carácter y comportamiento, sin que tal elemento afecte, anulando o disminuyendo su comprensión de las pautas o normas morales de actuación social y su consiguiente capacidad voluntaria de ajustarse a ellas ...y , por lo tanto, tal psicopatía ... no guarda similitud con los estados engendradores o abonados con la enfermedad propiamente mental, y aunque esta Sala ha tenido ocasión de estimar la atenuante analógica, lo ha sido tan sólo en aquellos casos concretos en que la enfermedad repercutía por sus caracteres y dimensión en las facultades anímicas del sujeto activo..."

RA: 460/78: Se desestima el recurso porque: "...para aplicar cualquiera de las eximentes del art. 8 del C.P. como incompletas o como constitutivas de atenuante del n.º 1 del art. 9, es imprescindible que en el momento de realizar los hechos el procesado sufra una perturbación de sus facultades cognoscitivas y volitivas, ..." y en la sentencia recurrida: "...no se hace mención a que el procesado, en el momento de cometer el hecho, sufriese perturbación psíquica alguna, y tampoco se hace alusión a rasgos de la personalidad...".

RA: 1469/78 : Se rechaza el recurso que propugna la enajenación mental incompleta en vez de la atenuante por analogía, -1.º del art. 9 en relación con los arts. 8.º-1.º y 9.º-1.º- que había sido estimada en Audiencia en procesado afecto de psicopatía. Se concreta la doctrina de la Sala en tres puntos: 1.º "... las psicopatías son estados mentales que no afectan a las facultades intelectivas del sujeto que las sufre, ..., debiendo, a la hora de concretar su influencia en la responsabilidad personal, relativizar y concretar respecto de la persona que la padece, delito cometido, y relación causal persona-delito". 2.º "no bastan por sí solas para generar exención, ni siquiera atenuación de la responsabilidad, porque por definición, no afectan al intelecto ni a los frenos inhibitorios". 3.º "Salvo cuando reúnan condiciones de manifiesta gravedad por su intensidad y características y que actúen en adecuada relación causal con el delito cometido, encajando éste dentro de la distonía del carácter padecida, y está patente que dentro del campo de la conciencia disminuyan o rebajen ostensiblemente la inteligencia y la voluntad... en cuyo caso actúan como atenuantes".

RA: 2639/78: Se desestima el recurso que propugna la inaplicación de atenuante por analogía de enfermedad mental en procesado diagnosticado de personalidad psicópica (considerado imputable en la sentencia recurrida). "Afirmando la doctrina que, en la mayoría de los casos se trata de individuos totalmente imputables, que a veces, la psicopatía puede determinar una disminución de la capacidad de raciocinio o de volición del sujeto, y que, en casos todavía mas raros merced a su asociación con otra enfermedad mental de mayor rango, o gracias a degenerar en otras manifestaciones...", se puede considerar inimputable.

RA: 3141/78: El recurso alega la no aplicación de la eximente de trastorno mental transitorio : "dado que es habitual a la embriaguez el recurrente, de personalidad psicópica, con inteligencia disminuida, ...". El T.S. considera que ese argumento : "no puede prosperar, puesto que el trastorno mental para apreciarse como eximente exige que exista pérdida momentánea de facultades intelectivas y volitivas de manera total y absoluta, afectándolas tan hondamente que las anula, ordinariamente con base patológica o morbosa, aunque esta no sea absolutamente necesario que cure sin secuelas. La embriaguez ordinariamente no es eximente, puesto que ha de ser plena y

total, ni las mismas psicopatías, puesto que en derecho se niega que las reacciones episódicas de un psicópata puedan constituir un verdadero trastorno mental transitorio".

RA:3251/78: El recurso, que se rechaza, propugna la eximente completa por trastorno mental transitorio, y no la incompleta que había sido estimada. La sentencia del T.S. plantea el alcance del trastorno mental transitorio : " que como su nombre indica es una reacción vivencial anormal, que no implica forzosamente una base patológica en el sujeto pero que , en todo caso, altera profundamente bien la capacidad de conocer el alcance antijurídico de su conducta , bien la capacidad de querer o autodeterminarse en el sentido de la norma; de duración en general no muy extensa; y cuya anormalidad, ya radique en el agente, ya en la respuesta al motivo exógeno que la produce, las distingue de los estados pasionales en que los estímulos alternantes del psiquismo actúan sobre él naturalmente; por lo que ya se comprende que el TMT se reputará incompleto cuando reúna todos los mencionados requisitos a excepción del de su intensidad, en el sentido de que el choque psíquico productor de la reacción situacional , no llegue a producir una perturbación absoluta de las facultades intelectivas o volitivas, razón por la cual la eximente incompleta suele ir mas ligada a una cualidad morbosa del agente en tanto que para que la reacción misma, -más que el sujeto- haya de considerarse anómala, ha de tener una duración o intensidad tal que le acerque a la exención perfecta". El T.S. revisa "el juicio valorativo que hace la Sala de instancia respecto a la condición mental del acusado...", considerando "acertada" la atenuación de responsabilidad dentro de la eximente incompleta.

RA: 3339/78: El recurso plantea la no aplicación del TMT; al ser una "cuestión nueva" que no se plante en Instancia y que no puede desprenderse de la "declaración de hechos probados", que tan sólo dicen que la procesada posee "una personalidad psíquica inestable y excitable...". Por lo tanto "del relato fáctico tan sólo fluye la causa de atenuación de arrebatos u obcecación, cuyos estímulos productores no pueden confundirse con las demencias que constituyen el TMT".

RA: 3374/78: Se estimó en el procesado la eximente incompleta nº1 del art. 9 del CP y el recurso, que se desestima, promueve la eximente nº 1 del art. 8º. Se argumenta que: "el relato probatorio presenta al procesado como una personalidad de tipo paranoide,..." y que si se hubiera apreciado psicosis en el inculpado: "hubiera arrastrado a su total exención, pero no si se trata de una simple personalidad de tipo paranoide."

RA: 3414/78: El T.S. admite el recurso de casación interpuesto por el acusado y estima la eximente incompleta de trastorno mental transitorio porque: "...al actuar un agente exógeno (la enemistad existente entre los sujetos activo y pasivo del delito), sobre la personalidad patológica, ya descrita, de

aquél, le produjo una notable disminución de su capacidad para conocer la antijuricidad de su hacer y para orientar su actividad conforme a dicho conocimiento, sin que tal capacidad hubiese quedado totalmente anulada, siendo de apreciar en consecuencia la eximente incompleta..."

RA: 4116/78: El T.S. desestima el recurso del procesado manifestando su acuerdo con el Tribunal Provincial en que "... el procesado no padece enfermedad alguna que anule o disminuya sus facultades intelectivas y volitivas; por tratarse de un "psicópata" se manifiesta de acuerdo con la mencionada distinción de que el psicópata no es un enfermo mental..." .

En cuanto a la enajenación mental se hace referencia a la "doctrina jurisprudencial consagrada en numerosas resoluciones" según la cual: "la circunstancia eximente de responsabilidad establecida en el núm.1º del art.8 del C.P. consiste en una grave alteración psíquica que priva al afectado, por ella de las facultades normales de inteligencia y voluntad existentes por regla general en todo hombre maduro y sano, así como del dominio de sus actos..." . Se dice que las psicopatías "...difieren de la normalidad cuantitativamente pero no cualitativamente y permiten al sujeto paciente conservar el control voluntario de sus facultades y actos, "... por lo que el psicópata: "nunca puede ser considerado como enajenado, ni por tanto beneficiarse de la circunstancia citada ni en su forma completa como eximente...ni en su forma incompleta como atenuante..." . Se concluye afirmando que la situación de inimputabilidad total o parcial "no se produce nunca en el psicópata puro".

En otro considerando se discute la aplicación de la circunstancia atenuante analógica (10ª del art. 9 del C.P.). Y, señalada por el recurrente la circunstancia nº1 del art.9 en concordancia con la misma del art. 8 del C.P. : "la analogía propuesta no puede ser relevante por constituir opinión generalizada en la Doctrina científica y Jurisprudencia Patrias que las psicopatías no comprometen la capacidad volitiva, ni la intelectual del acusado y por tanto no alcanzan a disminuir su imputabilidad a no ser que la caracteropatía por él padecida venga ocasionada o sea consecuencia de una enfermedad o lesión cerebral comprobable clínicamente, que incida sobre la capacidad de entender y querer anulándola, ofuscándola o disminuyéndola de manera estable... correspondiéndole en tal supuesto al inculpado probar la existencia de tal enfermedad o lesión a través de los correspondientes medios clínicos de exploración y diagnóstico, tales como radiografías, ventriculografías, electroencefalografías, arteriografías, etc. para probar tal supuesto..."

RA: 4133/78: El T.S. desestima el recurso interpuesto por la no aplicación de la eximente de trastorno mental transitorio, el cual "se caracteriza por la pérdida total e intensa de las facultades intelectivas y volitivas,...que se produce bruscamente, con base patológica morbosa, aunque ésta no sea absolutamente necesaria, que cura sin secuelas, generada por cau-

sa directa, inmediata, evidenciable y pasajera, que se inserta de la personalidad de un sujeto, con larvada y ostensible anormalidad psíquica que le predisponga a la reacción inconsciente o que, sin sufrir tal anormalidad, sufre tan intenso choque psíquico que aparece excepcionalmente, haciéndola actuar irreprimiblemente de forma incontrolada y delirante."

AÑOS 1987-1988:

RA: 2161/87: Se dice que el psicópata mantiene intactos sus controles intelectivos e inhibitorios pero: "no quiere ni se preocupa de utilizarlos... como decisión libremente adoptada desde la plenitud de sus facultades...", por lo tanto es "imputable de sus actos y conducta".

RA:2196/87: El recurrente, "...aún integrando una personalidad psicóptica, no padece por ello alteración alguna de sus facultades intelectivas y volitivas ...". Por otra parte, se dice que padece una dependencia a la heroína cuyo consumo: "desencadena en breve plazo dependencia psíquica y física como consecuencia de la enorme fuerza adictógena de su principio activo...", pudiéndose provocar una "auténtica toxifrenia" cuando: "al cabo de un uso progresivo mantenido a lo largo de los años", aparecen en él "claros deterioros cerebrales y ciertas típicas depresiones intercurrentes...En tanto el heroinómano no alcanza ese lamentable estado...no se puede calificar, en rigor, de enfermo mental y su categorización, desde el punto de vista de la imputabilidad, sólo lo definir como un sujeto cuyos frenos inhibitorios están en cierta medida debilitados por su deseo de reencontrarse con la droga en una primera fase de la dependencia y su miedo a sufrir los efectos del síndrome de abstinencia después". Se habla de que la situación debe ser "cuidadosamente individualizada" por que sería "acientífico y simplificador" hacer una "genérica valoración jurídica". Se resume la doctrina de la Sala desde la posibilidad de que la "heroinodependencia no tenga influencia alguna en la medición de la responsabilidad criminal...a la apreciabilidad de la eximente incompleta de enajenación mental o trastorno mental transitorio..."

RA:2579/87: Se acepta el recurso del Ministerio Fiscal que argumenta la indebida aplicación de la circunstancia de alteración en la percepción en procesados analfabetos y faltos de socialización. Ya que "...los trastornos de la percepción han de estar localizados o en los sentidos, que captan directamente los mensajes del mundo exterior o en las zonas cerebrales en que los datos sensoriales se reciben e interpretan...", en consecuencia: "falta el imprescindible presupuesto biológico de la eximente, que en consecuencia no puede ser estimada ni como completa ni como incompleta".

RA:2638/87: Se argumenta sobre la imputabilidad del procesado diagnosticado de personalidad psicópata y toxicomanía, no se acepta que su imputabilidad sea total "porque sus hábitos delincuenciales son previos al consumo de drogas"; afirmándose que: "la imputabilidad de una persona poco o nada tiene que ver con que sus hábitos delincuenciales sean previos al consumo de drogas". Basándose en la adicción: "impulsión a procurarse la droga que altera las facultades del adicto a ella" y, aunque no consta en autos "que la perturbación posea suficiente entidad para apreciar la eximente incompleta", se valora la atenuante analógica de enajenación mental incompleta.

RA:3099/87: El recurso argumenta que se desprende de los hechos probados y del factum que "la alianza de su psicopatía con la adicción a la heroína motivaron el delito por el que es condenado". El T.S. acepta el recurso valorando "el grado de compulsión en coherencia con la dependencia física y psíquica derivada de su consumo habitual de la droga, esto es, que el delito estuvo íntimamente unido a este consumo, por lo que, así potenciada la subyacente psicopatía, se está en el caso de rebajar la imputabilidad hasta constituir la exención incompleta pretendida por el recurrente".

RA:4971/87: Sobre la personalidad del procesado el factum de la sentencia recurrida "se limita a decir: psicópata consumidor habitual de droga que tiene disminuida su capacidad volitiva". La sentencia del T.S. afirma que la Sala "tiene declarado, en conformidad con la ciencia psiquiátrica,..., que no causan la más mínima disminución en la inteligencia y la voluntad". Se comenta como: "el relato fáctico acredita en el recurrente, planteamiento frío y calculado...", no cumpliéndose por tanto, requisitos para eximir de responsabilidad.

RA:5152/87: El T.S. admite el recurso de casación y valora la eximente incompleta de enajenación mental -en vez de la atenuante 10ª del art. 9 en relación con la 1ª del mismo y la nº1 del art. 80- considerando el "error en la apreciación de la prueba". Lo que se constata "en la afirmación de que el el procesado conservando íntegro el juicio crítico y el conocimiento de la trascendencia de los actos que realiza, pese a las anomalías que se hacen constar, tiene tan sólo ligeramente disminuida su voluntad...". Frente a esto la sentencia del T.S. comenta que: "se hace difícil aceptar que la capacidad de autodeterminación del procesado,..., estuviere sólo ligeramente disminuida"... "Lo coherente, por el contrario, conjugando los rasgos básicos de su personalidad, el carácter inconsciente de su agresividad y la naturaleza del hecho cometido... es concluir que aquella capacidad se encontraba seria y hondamente afectada, aunque no por supuesto anulada." Posteriormente se afirma que la doctrina "constantemente emanada de esta Sala", viene declarando "desde antiguo" que "los denominados psicópatas no pueden ser incluidos propiamente en el concepto de enajenados o semienajenados porque la causa de

sus desviaciones no es morbosa o patológica sino simplemente psicológica o caracterológica, conservando intactas sus facultades mentales que son la base de la imputabilidad". Se citan sentencias anteriores en las que la Sala "ha admitido la posibilidad de que una psicopatía, si va acompañada de otros trastornos como debilidad mental, lesiones orgánicas, alcoholismo o neurosis, sea conceptuada, a efectos de medición de la responsabilidad jurídico penal, como una enfermedad mental de menor intensidad, lo que supone apreciar en tales casos la sensible disminución, bien de la capacidad mental, bien de la volitiva y, en todo caso de la imputabilidad, que la parcial enajenación comporta".

RA: 5173/87: El T.S. explica que "la atenuante por analogía, 10ª del artículo 9 del Código Penal, en relación con el nº 1 del mismo precepto y con la circunstancia 1ª del artículo 8 del referido cuerpo legal, más que producto de la elaboración jurisprudencial, lo ha sido de la benevolencia moderada de las Audiencias". Deslinda las tres circunstancias: atenuante por analogía, la enajenación mental incompleta y la eximente completa de enajenación mental o de trastorno mental transitorio de la siguiente manera: "en la enajenación mental y en el trastorno mental transitorio, sea de forma permanente, o sea de modo poco duradero, el sujeto agente se encuentra con sus facultades cognoscitivas o con las volitivas abolidas o suprimidas, de tal modo que carece de raciocinio o de voluntad-determinación autónoma del yo-; dicha eximente, con carácter incompleto, requiere una merma o disminución considerable de la capacidad de comprender o de querer del mencionado sujeto activo; y, finalmente, el ámbito de aplicación de la atenuante analógica, exige que la merma o disminución antedichas, carezcan de intensidad y de enjundia, siendo puramente leves, tenues y de poca incidencia en la imputabilidad del agente." En el procesado al que se refiere la sentencia se declara "acreditado" que presenta una "personalidad paranoide", que desde el punto de vista de la imputabilidad "no influye para nada en la capacidad de raciocinio y de volición". De otro lado: "la precaria salud física, los trastornos de su columna y la gastritis, siendo meras dolencias somáticas, tampoco influyen para nada en la imputabilidad del sujeto que los padece, a no ser que se tratara de dolencia psicosomática y los trastornos físicos fueran emanación o reflejo de un estado psíquico deficitario".

RA: 5326/87: Se dice que el recurrente padece una "grave psicopatía con trastornos neuróticos, núcleos melancólicos y alteraciones electroencefalográficas significativas", se le aprecia por todo ello una "circunstancia atenuante analógica a la enfermedad mental". Esta valoración es considerada correcta por el T.S. ya que "en la trascendencia jurídico-penal de las psicopatías, en orden a la medición de la responsabilidad criminal de quienes las padecen, siendo nula cuando se trate de una mera alteración psicológica o del carácter, puede llevar a concretarse bien en la atenuación analógica -nº 10

del art. 9 del C.P.- bien en la eximente incompleta -nº1 del mismo artículo- aunque esta posibilidad debe quedar reservada para aquellos supuestos en que las anomalías orgánicas o de otra índole, superpuestas o instauradas en personalidades psicópticas, permitan la inclusión inequívoca del afectado en la categoría psiquiátrica del enfermo mental o enajenado o produzcan en el mismo una limitación profunda de su capacidad de autodeterminación..."

RA:5535/87: Se dice que la personalidad psicóptica es "un campo abonado y propicio para los llamados trastornos mentales transitorios, reacciones fugaces, sin base psicótica aunque puedan tenerla, totalmente desproporcionadas frente a una contrariedad o a una situación de fuerte contenido emotivo". En el supuesto contemplado: "...podría suscitar la duda de si hubo un obscurecimiento total de inhibición de las facultades condicionantes de la imputabilidad o una disminución sensible de las mismas,...las características de la reacción del sujeto, bien reflejadas en el hecho probado, inclinan a la primera alternativa..."

RA:6308/87: Se declara no haber lugar al recurso basado en la inaplicación de la eximente de enajenación mental (nº1 del art.8) , donde la sentencia recurrida estimó eximente incompleta (1ª del art.9) . Se dice que el procesado "está situado en el estado límite o borderline", tiene en definitiva: "una personalidad anómala, relativamente disociada..., aunque aceptablemente inserto en el medio familiar y laboral, que le colocan en esa zona psiquiátricamente imprecisa para la que resulta más adecuada la respuesta jurídica de la eximente incompleta del nº1 del artículo 9 del Código Penal..."

RA:8496/87: El T.S. elogia la sentencia de instancia que alude a las consecuencias en orden a la imputabilidad del agente . Se citan numerosas sentencias respecto a las psicopatías , subrayándose -"por su extensión y prolijidad"- la del 2 de noviembre de 1983 (RA:5443). en cuyos fallos se destaca entre otras cosas que "por regla general, no influyen, para nada, en la capacidad de comprender y de querer del sujeto agente, puesto que, su raciocinio y la libertad de decisión, permanecen intactos, agregando que, únicamente, cuando su intensidad y profundidad son magnos o se presentan asociadas a otras enfermedades mentales de mayores fuste y entidad , podrán determinar en su caso, una merma, disminución o aminoración de sus facultades cognoscitivas o de las volitivas, o , en casos extremos y pocos frecuentes, la supresión o abolición de las mismas."

RA:508/88 : Se valor" en Audiencia la eximente incompleta de trastorno mental transitorio ; "con base en la ingestión de bebidas alcohólicas por el recurrente que unidas a su carácter nervioso e irascible motivó, junto con la violenta discusión sostenida ...una profunda alteración de sus facultades intelectuales y volitivas..."

RA:1095/88 : El T.S estima el recurso de casación y aprecia en el recurrente la eximente incompleta de enajenación mental basándose en "la reiterada doctrina de este tribunal de casación, que en relación a las personalidades psicópticas ha dicho...que tales personalidades por regla general no influyen para nada en la capacidad de comprender y de querer del sujeto agente, puesto que su raciocinio y la libertad de decisión permanecen intactos, y únicamente cuando su intensidad o profundidad son magnos o se presentan asociadas a otras enfermedades mentales de mayor fuste o entidad podrán determinar, en su caso, una merma, disminución o aminoración de sus facultades cognitivas o de las volitivas".

RA: 1336/88: Uno de los motivos del recurso alega que el recurrente puede ser considerado inimputable, el T.S. desestima el recurso ya que no existe en los hechos probados: "mínima base para fundamentar tal alegación" y la afirmación que se hace de que el procesado padece "una simple psicopatía ... no significa pérdida ni disminución de la responsabilidad."

RA: 1341/88 : Se acepta el recurso y se aprecia atenuante de enajenación mental incompleta, en vez de la atenuante analógica que se había apreciado. Se dice que: "el tratamiento que las psicopatías han recibido en la jurisprudencia, incluso en la mas reciente, ha sido muy diverso, lo que nada tiene de extraño y mucho menos de criticable, dado el polimorfismo clínico que las caracteriza, y la variable intensidad con que las mismas pueden condicionar al comportamiento humano." Así por ejemplo se les ha considerado : "penalmente irrelevantes", "se les ha incluido en la atenuante analógica", "bien ha servido de presupuesto para la apreciación de la eximente incompleta de enajenación mental...si bien esta última posibilidad quedar reservada para aquellos supuestos en que determinadas anomalías orgánicas o psíquicas, se superpusiesen o instaurasen sobre una personalidad psicóptica. Se califica la situación como de "cuestión no cerrada". Se tiene en cuenta que la OMS las incluye en la "novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales", lo que "supone un serio obstáculo para continuar negándoseles la condición que les otorga tan respetable entidad científica". Y continua diciendo : "el psicópata no es, ciertamente, un enajenado en el sentido estricto, ya que no está "fuera de sí", pero si es un enfermo mental...". enfermedad mental que puede ser "más o menos irrelevante para la determinación de la imputabilidad que quepa atribuirle, según la entidad de la merma que el sujeto experimente en sus facultades intelectivas y volitivas, es decir en su capacidad para autodeterminarse libre y conscientemente". La sentencia se dedica a aclarar como puede considerarse "circunstancia de análoga significación" a la enajenación mental siendo como es : "una verdadera enfermedad mental". Se utiliza como ejemplo el supuesto que da origen al recurso en el que: "sobre la fuerte alteración de base" se añaden "...abundantes consumiciones alcohólicas" y "la pasión excitadora de los celos".

RA: 1586/88 : Se desestima el recurso que propugna la aplicación de la atenuante nº1 del artículo 9 del Código Penal. "Tal motivo no puede prosperar porque, la entidad nosológica conocida como psicopatía, aunque actualmente se le sustituya en las clasificaciones internacionales por la de personalidad antisocial, D.S.M. III, o personalidad en predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales, ICD-9 de la Organización Mundial de la Salud, no constituye una enfermedad mental o psicosis, sino una derivación caracterológica del sujeto que en principio no afecta a los presupuestos de su imputabilidad; sólo se tendrá en cuenta, a efectos de eximente, en aquellos casos en que fuera tan profunda que comprometa sus estructuras cerebrales, o coexista con una enfermedad mental o con una oligofrenia, y siempre que el hecho delictivo se halle en relación causal psíquica con anomalía o disarmonía caracterológica padecida, de tal forma, que en orden a la determinación de la responsabilidad penal de quienes la sufren, ser nula cuando se trate de una alteración del carácter, pudiendo concretarse en una atenuación analógica, incardinada en el número 10 del artículo 9, o bien en la eximente incompleta del número 1 del citado precepto sustantivo, reservada esta última posibilidad, a aquellos supuestos en que las anomalías orgánicas o de otra índole, instauradas en personalidades psicópticas, permitan su inclusión en la categoría de psicótico o produzcan en el mismo una limitación grave de su capacidad de autodeterminación ...". Concluyendo: "que no se desprende del factum de la sentencia impugnada, en donde literalmente se dice que Vicente G. de personalidad psicóptica, no se ha acreditado que padezca enfermedad mental que le disminuya sus facultades intelectivas y volitivas"

RA: 1622/88: La sentencia del T.S. admite el recurso y estima una atenuante analógica de enajenación mental basándose en que el procesado: "padece trastornos de personalidad que en momentos de conflicto, cuando menos, le afectan a su capacidad mental en el sentido de disminuirla...". Se dice que en las psicopatías: "la capacidad intelectual no presenta signos de deterioro funcional, aunque falta profundidad de conocimiento para ser consciente de las consecuencias de los propios actos."

"En la actualidad prevalece la orientación de declarar a los sujetos que padecen estas anomalías responsables, admitiéndose también, al igual que en la psicosis, la posibilidad de una graduación, lo que en algún momento fue discutido. Determinante es las características del hecho realizado".

RA: 2032/88: El T.S. desestima el motivo del recurso que argumenta : "la inaplicación de los artículos 9-1ª y 8-1ª del Código Penal", basándose en "un supuesto error de hecho en la apreciación de la prueba". Se dice que "la inconsistencia de esta impugnación deriva no sólo de que el supuesto documento no es tal, sino también de que en último término el dictamen pericial no revela error alguno, limitándose a consignar la existencia de una psicopatía con trastornos de conducta, lo

que con arreglo a la reiteradísima doctrina de esta Sala ...- impide su inclusión como enajenados ni aún cómo semienajenados, pues el psicópata mantiene intactos sus controles intelectivos y volitivos pero no quiere ni se preocupa de utilizarlos".

RA: 2747/88: El T.S. desestima el recurso de casación considerando que los datos del factum, "...que parecen configurar una simple personalidad psicóptica, son insuficientes para deducir una disminución sensible de las condiciones de imputabilidad del sujeto e inaptos para levantar sobre ellos la semileximente de enajenación mental que propugna el recurso.."

RA: 3521/88: La sentencia recurrida habla de la "plena imputabilidad o capacidad de culpabilidad" de una "personalidad psicóptica no asociada a anomalía mental alguna". Como ya "... reiteradamente ha sido excluido por la reiteradísima doctrina de esta Sala... " no pudiendo considerarse ni en la forma "semiplena" ni en la "inexistencia de capacidad de culpabilidad". Se dice que "es un simple trastorno caracterológico que no afecta a los presupuestos de la inimputabilidad si no está asociada a enfermedades mentales -lo que determina que son éstas y no aquellas las relevantes para la capacidad de culpabilidad- y que cuando ello, como en este supuesto, no ocurre, la imputabilidad es plena..."

RA: 3523/88 :Se estima el recurso del Ministerio Fiscal y se pasa a considerar cómo atenuante analógica número 10 del art. 90, con la circunstancia 1ª de éste mismo artículo, la existente incompleta de trastorno mental transitorio que se había valorado en la sentencia de Audiencia. "no apareciendo en la declaración de hechos probados ... que la psicopatía padecida por el procesado revista una especial y profunda gravedad ni otra forma de insanidad concurrente, falta la condición o requisito principal para generar exención total o parcial de la responsabilidad penal, al no existir profundas alteraciones en las facultades intelectivas y volitivas del recurrente..."

RA: 4136/88 : Se acepta el recurso y se valora la atenuante muy cualificada de arrebató u obcecación en el procesado del que se dice estar "afecto de una simple psicopatía" que reduce "discretamente" su imputabilidad, según los informes médicos. Se desestima el motivo que argumenta la existente incompleta de enajenación mental o de trastorno mental transitorio porque ambas circunstancias : "han de partir de una perturbación de intensidad suficiente, con entidad cualitativa tal que aunque no se traduzca en una total ausencia de inteligencia y voluntad, si aminore o reduzca apreciablemente tales facultades, limitando o reduciendo el libre arbitrio del sujeto, por mor de la base patológica existente."

RA: 4706/88 : "La permanencia es la característica esencial de la enajenación mental, mientras que la transitoriedad es la nota distintiva y caracterizadora del trastorno mental."

Dicho trastorno puede tener : "un origen o fondo patológico o carecer de él, de tal modo que puede originarse o dimanar de una enfermedad mental subyacente, la cual permanecía adormecida o aletargada, sin signo aparente alguno de peligrosidad, produciéndose, inesperadamente, una exacerbación repentina de la misma o un brote virulento de gran intensidad, pero pudiendo, asimismo, generarse en cualquiera de las tres siguientes fuentes: a) de un estado de embriaguez plena y fortuita; b) de la inhalación, ingestión o aplicación de sustancias tóxicas o estupefacientes, que produzcan la supresión o abolición, bien de las facultades cognoscitivas del agente, bien de sus facultades volitivas, siendo más patente, el trastorno mental transitorio, cuando, las afectadas, son ambas facultades, y siendo preciso que, tales ingestión, inhalación o aplicación hayan sido fortuitas y hayan producido efectos de plenitud, pudiendo igualmente, producirse, el trastorno, consecutivamente a una crisis de abstinencia o estado carencial, siempre y cuando su intensidad prive, al sujeto activo de su capacidad de raciocinio, de la volición, o de ambas a la vez; y c) de un arrebató u obcecación o de otro estado pasional, de efectos tan intensos y magños, que ocasionen, una transitoria pérdida de la capacidad de comprender y de querer, o de alguna de ellas. Por lo demás, los requisitos del TMT, de conformidad con la doctrina y la jurisprudencia, y sintéticamente expuestos, son los siguientes: a) brusca y fulgurante aparición; b) irrupción en la mente del sujeto agente, con pérdida consecutiva bien de su entendimiento, bien de sus facultades de inhibición, autodominio o autocontrol, bien, finalmente de ambas facultades a la vez; c) breve duración; d) curación sin secuelas, lo cual, en el caso de exacerbación de enfermedad mental subyacente, significa el retorno a la situación quiescente anterior al trastorno; y e) que dicho trastorno no haya sido provocado, por el que lo padece, con el propósito de delinquir..."

El Tribunal de instancia "procediendo benignamente", estimó la semieximente o eximente incompleta de trastorno mental transitorio, se desestima la eximente completa recogiendo la afirmación de la sentencia recurrida de que "la asociación de la personalidad psicóptica del acusado, con la ingestión de bebidas alcohólicas, no le producen carencia del conocimiento y de la trascendencia de los actos y voliciones que realiza cuando bebe alcohol"...

RA: 5026/88: La sentencia del T.S. estimó en el procesado la eximente incompleta de enajenación mental por apreciarse en el procesado : "una debilidad mental media - 83 de coeficiente intelectual-, ...una psicopatía o mas bien sociopatía... y a esta base psicológica se sumó en el momento de los hechos la influencia de una notable ingestión de bebidas alcohólicas ...", el conjunto de esos factores : "...es insoslayable que afectó con intensidad a la voluntad del sujeto disminuyendo con intensidad el vigor de sus inhibiciones,...".

RA: 6648/88: La sentencia de Audiencia estimó el trastorno

mental transitorio y se decretó el "internamiento en establecimiento psiquiátrico adecuado para tratamiento de su psicopatía". Se dice que las psicopatías: "...no constituyen propiamente una enfermedad mental...que en principio no afecta a los presupuestos de la imputabilidad". Se reconoce, sin embargo que el "tratamiento jurisprudencial de las psicopatías" no ha sido: "tan uniforme como se pretende...". Se hace referencia a la sentencia n° 1341/88 que cita la Novena Revisión de la Clasificación de Enfermedades Mentales, realizada por la Organización Mundial de la Salud, que llega a la conclusión de que "el psicópata no es, ciertamente, un enajenado en sentido estricto, puesto que no está "fuera de sí", pero sí un enfermo mental".

La sentencia aconseja "atender siempre al caso concreto para medir lo muy relevante, lo poco relevante o incluso lo indiferente que la psicopatía pueda suponer a efectos de la imputabilidad del sujeto activo de la acción punible".

RA: 6797/88 : La sentencia argumenta que, en el caso de las personalidades psicópticas: "siempre habrá que atender a las concretas y comprobadas circunstancias individualizadoras que acompañen y secunden al agente delictivo, no pudiendo elaborarse fórmulas generales en base a una etiqueta genérica de psicopatía." Se dice que "han proliferado las resoluciones proclives a la irrelevancia penal de las personalidad psicopática, estimando hallarnos ante sujetos que no padecen alteraciones mentales afectantes a la inteligencia y voluntad, elementos básicos del juicio de culpabilidad...". La aplicación de la atenuante analógica de eximente incompleta de enajenación mental: "ha abundado en los fallos judiciales...". Otras resoluciones: "se han alineado dentro de las tesis de la concurrencia de una eximente incompleta de enajenación mental llegándose a ese alto límite atenuador de la penalidad en base a la detectación de complementarias o aditivas anomalías coexistentes, o a condicionamientos dependenciales de drogas del más alto nivel de nocividad, o a la acentuada ingestión de bebidas alcohólicas, potenciador todo ello de la latente alteración del psiquismo, con manifiesta incidencia en el área de la imputabilidad."

RA: 8375/88: Se desestima el recurso que propugna la inaplicación del art. 9.1º CP en relación con el art. 8, 1ª del mismo Código pues el procesado "padece una personalidad psicóptica y una epilepsia del lóbulo temporal". Se dice que la sentencia "afirma en sus hechos probados que los padecimientos psíquicos del recurrente Ramón C.N. "no le privan de sus facultades intelectivas y volitivas". Bajo tales condiciones la aplicación del art. 9, 1ª CP no es en modo alguno factible, toda vez que éste presupone una capacidad de culpabilidad disminuida. Quien tiene íntegras sus facultades intelectivas y volitivas es también plenamente capaz de culpabilidad y, por tanto, totalmente responsable." Se dice también que: "hubiera sido deseable que la Audiencia hubiera expuesto -como corresponde- cómo fundamenta sus aseveraciones respecto de la

capacidad de culpabilidad del procesado."

RA:8817/88: Se dice que el procesado tiene "una personalidad psicóptica adjetivada con ciertos factores añadidos que, al menos, deben merecer la atenuación prevista en el nº 10 del artículo 9 del Código Penal", y por ello se estiman los motivos del recurso que argumentan la imputabilidad disminuida. El TS dicta segunda sentencia en la que estima la atenuante analógica de enfermedad mental.

RA:9177/88 : Se estimó en Audiencia la atenuante analógica décima del artículo 9, en relación con la primera del mismo artículo del C.P., se rechazan el motivo del recurso que estima que la alevosía es incompatible con la enajenación mental incompleta. "La alevosía es un plus de antijuridicidad en tanto que la enajenación es un minus de culpabilidad y por ello son, como reiteradamente declara esta Sala...compatibles"

RA:9251/88: El recurso aduce la inaplicación de la eximente incompleta de TMT, comprendida en el nº1 del artículo 9 del C.P., se acepta el recurso y se dicta nueva sentencia donde se valora la atenuante 8ª del artículo 9 del C.P., arrebató u obcecación. Se definen sus efectos como: "consistentes en una disminución de sus facultades intelectivas y volitivas del agente, o de ambas, y ello, con una intensidad intermedia entre la correspondiente a la eximente incompleta de trastorno mental transitorio y el leve aturdimiento que suele acompañar a ciertas infracciones..."

RA: 9376/88: "Las psicopatías denominadas por los juristas, reacciones o situaciones vivenciales anómalas, son de naturaleza jurídico-psiquiátrica sumamente controvertida, marcando la diferencia, siempre indecisa, desdibujada y difuminada, entre la normalidad y la anormalidad...". En cuanto a la imputabilidad de quien la padece, se afirma que no influyen, de ordinario, si bien: "...siendo su intensidad o profundidad magnas, o hallándose, dichas dolencias, asociadas a otras insanías de mayor entidad, podrá atenuarse la conducta y hasta, en casos muy excepcionales, entender que el psicópata, es, para actos delictivos determinados, totalmente inimputable."

RA: 9508/88: Se desestima el recurso que propugna la atenuante calificada 1ª del artículo 9, en relación con la 1ª del 8, de enajenación o trastorno mental. Afirmándose que la personalidad psicóptica "no es enajenación ni permanente ni transitoria y no suprime la capacidad de entender y querer" y se añade que así: "es irrelevante a efectos de responsabilidad penal".

RA: 9695/88 : La sentencia de Audiencia estimó la atenuante analógica de enajenación mental, el T.S. dicta segunda sentencia en la que valora la eximente incompleta, nº 1 del art. 9 en relación con el nº 1 del art. 8 del C.P.. Se dice que: "lo único que debe interesar al juzgador es la personalidad psí-

quica del sujeto en todo su conjunto, para poder así medir adecuadamente su grado de imputabilidad. Es decir, en el rea del enjuiciamiento, a diferencia de lo que ocurre en el campo del diagnóstico médico, no cabe hablar de diferentes enfermedades psíquicas, sino de la influencia concurrente y única que todas ellas sumadas puedan tener en la personalidad inteligente y volitiva del autor del delito". La sentencia impugnada en su narración fáctica, después de definir las patologías que presenta el sujeto psicópata, añade que "las mismas únicamente disminuyen ligeramente su inteligencia y voluntad"

RA:10301/88 : Se declara no haber lugar al recurso y se dice que "para que pueda estimarse la circunstancia de exención incompleta de la responsabilidad criminal (nº 1 del art. 9 en relación con el nº1 del art.8 ambos del C.P.) es indispensable que de una manera explícita se declare que el culpable obró en un estado de trastorno mental transitorio semipleno, lo que supone la disminución grave, notoria y evidente de la voluntad y la pérdida parcial grave, notoria y evidente también del discernimiento...."

IMPUTABILIDAD EN LA EMBRIAGUEZ Y EL ALCOHOLISMO

AÑOS 1977-1978:

RA:1771/77; El T.S. acepta el recurso del Ministerio Fiscal anulando la sentencia que estimaba la eximente incompleta de trastorno mental transitorio y pasando a valorar la atenuante de embriaguez. Se dice que la sentencia recoge el hecho de que la ingestión de abundantes bebidas alcoholicas "disminuyeron aunque no anularon, las facultades intelectivas y volitivas, esta disminución, que nó alteración, integra la atenuante 2ª del art. 9 del C.P. pues la ebriedad para que pueda considerarse como eximente incompleta, ha de ser de una intensidad notable y ha de producir perturbación o alteración considerable en el psiquismo del sujeto, pero cuando es más o menos intensa y no anula dichas facultades y sólo las dismuye, es una simple atenuante, ..."

RA: 529/78; Se desestima el recurso que propugna la "absoluta inimputabilidad del procesado" por una "situación de embriaguez patológica que le privaba de la conciencia de sus actos" Se dice que la intoxicación etílica, "tanto si tiene base patológica como si no la tiene, para que produzca los efectos inherentes al trastorno mental transitorio, cómo tantas veces ha declarado este Tribunal, es menester que haya anulado o perturbado totalmente las facultades intelectivas y volitivas del sujeto que la padece..."

RA: 1289/78; La sentencia recurrida apreció la atenuante de embriaguez no habitual y el recurso propugna el TMT. Se desestima en base a que : "...el TMT se caracteriza según doctrina de esta Sala, por una pérdida momentánea, total e intensa de las facultades intelectivas y volitivas, que se produce bruscamente, ordinariamente con base patológica, aunque no sea absolutamente precisa, que cura sin secuelas y que no se haya producido intencionalmente por el sujeto que la sufre, esto es: con el propósito de delinquir. Respecto de la embriaguez, como causa y determinante del TMT, también la doctrina jurisprudencial ha declarado que ordinariamente no constituye TMT y para que exepcionalmente este se produzca ha de reunir la condición de plena y total en cuanto a sus efectos, dejando al autor del hecho sin conocimiento de los actos que realiza, anulando total y plenamente, aunque tempo-

ralmente, su inteligencia y voluntad, o como se dice en alguna sentencia, con anestesia completa física y moral..."

RA: 1323/78: Se desestima el recurso basado en la inaplicación del TMT porque éste tiene que ser: de aparición brusca y fulgurante con irrupción en el intelecto del sujeto activo, con origen patológico o no patológico, pero siendo como menos la agudización súbita de un proceso morboso de carácter duradero padecido por el agente, que produce la abolición total, durante breve tiempo de las facultades intelectivas y volitivas con una falta de preordenación al delito. Cuando el trastorno es producido por la embriaguez ésta ha de ser plena y total, produciendo en el que la padece una ausencia absoluta de conocimiento de los hechos, una verdadera anestesia física y moral, que anula el entendimiento y la voluntad..."

RA :2225/78: La sentencia del T.S. explica que la circunstancia 2ª del art. 9 del C.P. considera que se produce la atenuante de embriaguez : " 1º Cuando hay embriaguez, 2º Cuando no sea habitual, 3º Cuando sea fortuita. No determinando el C.P. que grado de embriaguez es preciso para que se produzca la atenuación, la doctrina de esta Sala ha venido tradicionalmente distinguiendo entre: la embriaguez ligera o leve, alteración del estado anímico y psíquico del agente por la ingestión del alcohol, que es inocuo a los fines penales en cuanto que el sujeto que la padece conserva integra sus facultades intelectivas y volitivas, siendo únicamente portador de un estado de optimismo, sin repercusión en aquellas y por tanto en su culpabilidad. La embriaguez, más o menos intensa, que depende de la cantidad y graduación del alcohol ingerido, de la constitución del agente, la cual afecta a las facultades intelectivas y volitivas, disminuyéndolas, la cual se ha calificado de atenuante. Y la embriaguez plena, con absoluta alteración de las facultades anímicas del sujeto, anulando la inteligencia y la voluntad, que produce una exención de responsabilidad criminal al originar, en el sujeto que la padece un verdadero trastorno mental transitorio. Ha de ser pues profunda, absoluta, plena, con anulación completa de la conciencia y voluntad. En todos los supuestos no ha de ser habitual ni haber sido llevado a ello el sujeto con propósito de delinquir, pues entonces no puede tomarse en consideración como atenuante."

RA: 3371/78 : La sentencia se refiere a que el C.P. de 1932, "concedió explícitamente el rango de eximente a la embriaguez siempre que fuera plena y fortuita..." Se reconoce desde entonces que la embriaguez " puede generar la inimputabilidad del sujeto activo, y por tanto eximirle de responsabilidad, si bien para ello, es indispensable que, por su origen, sea fortuita, esto es, procedente del desconocimiento que el agente tiene de los efectos perniciosos de la ingestión de bebidas alcohólicas o de la ignorancia, en que a la sazón se hallaba, de que lo que bebía o ingería tenía alcohol en mayor o menor grado, y por la intensidad de sus efectos plena, es decir,

generadora de una abolición u obscurecimiento total de las facultades cognoscitivas o volitivas del sujeto activo; de lo que se colige que ni la embriaguez culposa ni la dolosa o preordenada al delito pueden determinar exención, ni tampoco aquella cuya intensidad produzca merma o disminución, pero no supresión del raciocinio o entendimiento o de las facultades de inhibición." Se deduce del relato factico la poca entidad de la embriaguez ya que, el procesado, lo es por un intento de violación, y "la ebriedad" es : "ordinariamente incompatible con la consumación de hazañas o empeños amatorios".

RA: 3813/78: Se dice que el acusado es un alcoholico crónico, pero "sin que el Tribunal acepte que ello afecte a sus facultades mentales y mucho menos que las afectare en el momento de autos...". Por lo tanto: "no hay base fáctica que permita afirmar que el acusado informante sea un enajenado mental ni que el alcoholismo afectara en el momento de los hechos que se incriminan a su volición e inteligencia, ni de forma total ni parcial" .

RA 3877/78 : El acusado padece una demencia alcoholica crónica "que le limita de manera acusada, aunque sin llegar a anularla su capacidad intelectual y volitiva...". Se considera que el Tribunal actuó con acierto al apreciar la eximente incompleta de enajenación mental, al valorar que el procesado presenta una "perturbación parcial"...pues la demencia admite "diversas graduaciones...siendo de observar que las descritas no pasan de la categoría o entidad que les atribuye la sentencia recurrida...".

AÑOS 1987-1988

RA:2024/87. La sentencia de Audiencia admitió , "pese a no haber sido propuesta", la atenuante de embriaguez como "muy cualificada" ; el recurso propugna la eximente 1ª del artículo 8 (trastorno mental transitorio) basándose "en los mismos hechos que sirvieron para aplicar en la instancia de eximente incompleta..." Se desestima el motivo, entre otras cuestiones jurídicas, porque : "operando con los datos facilitados por el "factum",... no sería posible admitir el trastorno mental transitorio -anulación total y fugaz de las facultades intelectivas y/o volitivas-".

RA:2238/87: El recurso argumenta que la embriaguez prevista en el art. 9-2ª del Código Penal no jugaría aquí un papel atenuatorio de caracter genérico, sino que impediría "por su propia naturaleza, que se tomase en cuenta la apreciación de la forma mas grave de la culpa...". Esta argumentación es calificada de "sutil" y de "hábil razonamiento sofisticado" ya que : "la embriaguez afecta a la imputabilidad, en tanto que

la gradación de las distintas formas de delito culposo se proyectan sobre el aspecto normativo".

RA:2623/87 : Se dice que la embriaguez no habitual "se considera actualmente como factor criminógeno de delincuencia culposa de primerísimo orden". Consideración que se refuerza con la doctrina jurisprudencial "en torno a la embriaguez y su influencia gradual en la imputabilidad". A la embriaguez - "atendidos su origen e intensidad"- pueden acordarsele : "efectos de exención total si es plena y fortuita, como incurso en el trastorno mental transitorio o de eximente incompleta si siendo involuntaria en la causa no llega a alcanzar la plenitud de efectos sobre el psiquismo del ebrio, restando por ello, la atenuante específica del artículo 9º, 2ª, la de más asidua aplicación por ser también la de más frecuente aparición en la vida ordinaria, que no siendo fortuita ni preordenada en su origen sino más bien culposa, produce igualmente perturbación considerable en el intelecto y voluntad como potencias más destacadas de la psique, siquiera añadida el legislador el requisito obtativo de que no sea habitual; sin perjuicio de que si la habitualidad es tal que se convierte en alcoholismo crónico, éste pueda degenerar en psicosis causante de enajenación mental y por ello atraer por esta vía patológica la eximente completa".

RA:4991/87:Se dice que: "las circunstancias atenuantes pueden ser apreciadas en casación, aunque constituyan cuestiones nuevas, siempre que el hecho probado ofrezca elementos en que apoyar su existencia." Se comenta el tiempo en que el procesado estuvo bebiendo y como esas "libaciones alcohólicas" no parecen "suficientes o significativas para dar por sentado un estado de embriaguez".

RA:5596/87: Se considera imputable al procesado diagnosticado de alcoholismo citando el informe médico forense donde se consigna que : "no se destaca ninguna sintomatología que induzca a pensar en el padecimiento de ninguna enfermedad alienante".

RA :5623/87: La sentencia del T.S. se refiere a la compatibilidad de la circunstancia atenuante de embriaguez con la de arrebató u obcecación. Cuando: "la ofuscación del entendimiento o la debilitación de los frenos inhibitorios proceda exclusivamente de la ingestión de bebidas alcohólicas sólo se podrá apreciar la atenuante segunda del artículo 9 del Código Penal"... si por el contrario: "la obnubilación u oscurecimiento del raciocinio del agente, o su merma considerable de facultades volitivas, emana, no sólo de su estado de embriaguez, sino de otros factores o resortes estimulantes de diverso origen, los que también hayan incidido en la capacidad de comprender y de querer del acusado, una y otra circunstancia, serán perfectamente compatibles y podrán actuar atenuatoriamente..."

RA: 6465/87: La sentencia del T.S. en relación a los "ebrios y toxicómanos" dice que se trata de materia en la que hay que proceder con "sumo tacto y extraordinaria cautela puesto que, en muchas ocasiones el afán exculpatorio de los acusados les conduce a invocar, de modo rutinario y mendazmente, hallarse bajo la influencia de la ingestión de bebidas alcohólicas o de drogas estupefacientes, debiendo, los Tribunales, examinar cada caso con todo detenimiento y establecer los matices y gradaciones procedentes en orden a la mayor o menor imputabilidad de los agentes".

RA:6651/87: En la sentencia se concreta como la embriaguez puede influir en la imputabilidad del "sujeto activo" :

a).cuando es "plena y fortuita" equivale al trastorno mental transitorio (circunstancia 1ª del art. 8 del Código Penal).

b).si es "plena pero no fortuita" o "fortuita pero no plena" operaría como eximente incompleta, (nº1 del art. 9 y circunstancia 1ª del art. 8 del Código Penal).

c).no siendo habitual, ni habiendo sido provocada con el propósito de delinquir podrá estimarse como atenuante muy cualificada siempre que : "los efectos producidos por la ingestión de bebidas espirituosas hayan sido especialmente intensos, incidiendo poderosamente en la psique del sujeto activo, hasta el punto de producirle una merma muy considerable de sus facultades intelectivas y volitivas" .

d). "no mediando esa especial intensidad, y siendo la disminución del intelecto o de la volición patente pero no sumamente intensa, deberá aplicarse la circunstancia atenuante 2ª del art. 9 antecitado".

e). "si la aminoración de la capacidad de comprender o de querer ha sido leve, influyéndo tan sólo de modo discreto en la imputabilidad del agente, podrá y deberá estimarse positivamente la concurrencia de la atenuante por analogía 10ª del art. 9 del Código Penal en relación con la 2ª del mismo".

f).y "tratándose del alcoholismo crónico, el que constituye más bien un ser que un estar, el comportamiento del sujeto activo entra de lleno en el ámbito de aplicación de la Psiquiatría, mereciendo en ocasiones una exención de responsabilidad criminal, acompañada de la aplicación de medidas de seguridad, tendentes a aislar al infractor y a lograr mediante una terapéutica adecuada, su completa curación".

RA:9405/87 : Se reafirma : "la conocida doctrina jurisprudencial a cuyo tenor las circunstancias modificativas de responsabilidad han de estar tan probadas como el mismo hecho que sirve de base a la condena". De otra parte se declara que "como es sobradamente sabido, la influencia en la imputabilidad de la ingestión de bebidas alcohólicas cuando puede reputarse relevante se mueve en una escala de intensidad que desciende desde el trastorno mental transitorio hasta la simple atenuante analógica prevista en el nº 10 del artículo 9 del Código Penal... la penúltima consecuencia jurídica sería la apreciación de la atenuante nº 2 del citado artículo". Bien entendido que para la producción de consecuencias jurídicas

es necesario : "que el alcohol consumido haya provocado en el sujeto una perceptible, aunque leve, perturbación de sus facultades intelectivas y volitivas, sin que sea suficiente a tal efecto que se perciba en él ese estado de simple euforia o excitación que caracteriza a la primera fase de la ebriedad, no suceptible, si no concurre ningún otro factor que la potencie en forma inusual, de aminorar la responsabilidad penal por los delitos que en tal situación se cometieren".

RA:1015/88: A efectos de imputabilidad la sentencia del T.S. diferencia :

- a). La embriaguez "involuntaria o fortuita" ; con "totales efectos sobre el psiquismo de quien la sufre, sobre su capacidad de conocer la significación antijurídica del hecho y de orientar su voluntad en esa dirección". Quedaría comprendida en la eximente 1ª del artículo 8 del Código Penal.
- b). La embriaguez involuntaria y fortuita: "la misma pureza en cuanto al origen" , pero "con menor intensidad sobre las facultades intelectivas y volitivas". Sería la exención incompleta del artículo 8º, 1ª en relación con la 1ª del 9.
- c). La embriaguez culpable en su inicio: atenuante 2ª del artículo 9.
- d). La embriaguez habitual: puede "equipararse" al alcoholismo crónico: enajenación mental completa o incompleta.

RA: 1198/88; El consumo de bebidas alcoholicas "no implica la pérdida total de las facultades intelectuales o volitivas o de ambas o del ejercicio momentaneo de unas u otras, antes al contrario apunta sólo hacia una disminución considerable de dichas actividades valorable conforme al nº 2 del artículo 9 del Código Penal." Concurriendo tambien los elementos estrictamente objetivos de la atenuante: "falta de habitualidad y ausencia de preordenación delictiva".

RA: 1227/88 ; El T.S. acepta el recurso y aprecia la atenuante de embriaguez no habitual basándose en "el estado de intoxicación alcoholica aguda potenciada por la ingestión de un fármaco del grupo de las benzodiacepinas". La Sala al "reexaminar la situación psicológica del sujeto se ve forzada a admitir que resultara afectada ..."

RA: 1338/88 ; La sentencia argumenta sobre la influencia del consumo de bebidas alcoholicas sobre la conducta , pudiendo ocasionar : "...desde la simple situación de euforia, inoperante en el area penal, hasta una perturbación psiquica de tal entidad que reporta una total y absoluta pérdida de conciencia en el sujeto, ...y provocando hasta la aplicación de una eximente completa" . "Entre tales situaciones límites, cabe concebir que la intoxicación etílica abra paso a una perturbación o aminoración notable de las facultades mentales del agente, correspondiendo apreciar bien la eximente incompleta (art.9, 1º en relación con el artículo 8,1º), bien la atenuante del artículo 9, 2º, ...sin que quepa excluir, en determinadas hipótesis, la invocación de la atenuante analó-

gica". En definitiva, "nos movemos entre dos polos, el representado por el alcoholismo como enfermedad mental con un claro componente patológico de alteración de la personalidad, y la simple embriaguez circunstancial...". Para que la embriaguez de lugar a una eximente "deberá producir una plena exclusión de la imputabilidad; si la embriaguez es semiplena se traducirá en una atenuación de la responsabilidad..."

RA: 2114/88: La sentencia del T.S. se refiere a las muchas dificultades que existen para distinguir la enajenación mental y el trastorno mental transitorio, y "... conocidos son los escollos en los que la jurisprudencia tropieza para lograr una cierta uniformidad y obtener la deseable seguridad jurídica en cuanto a la valoración del alcoholismo crónico en relación con caracteres psicopáticos que, como el mismo alcoholismo, ofrecen manifestaciones muy diversas." . Para la eximente completa 1ª del artículo 8 del Código Penal, el elemento esencial es: "la pérdida absoluta de las facultades intelectuales o volitivas del procesado en relación con el hecho cometido...viendo más allá de su apariencia psiquiátrica o biológica pura, un requisito referido a los particulares efectos de la enfermedad." Se desestima el recurso basándose, entre otras cosas, en "la necesidad de que las circunstancias eximentes de la responsabilidad, al igual que las modificativas se encuentren tan acreditadas como el delito mismo, y el obligado respeto a los hechos probados llevan insoslayablemente a la desestimación del primer motivo de éste recurso, porque el relato factico se limita a recoger que el ahora recurrente "es persona alcohólica desde los 18 años de edad, de carácter psicopático con grave agresividad" y que su facultad intelectual es normal pero la volitiva se encuentra alterada", lo que, si bien puede ser bastante para acoger la eximente incompleta...resulta notoriamente insuficiente para acudir a la eximente completa."

RA: 2721/88 ; En cuanto a la alevosía se dice que "la jurisprudencia viene afirmando su posible coexistencia con circunstancias atenuantes cuya razón de ser es un minus de culpabilidad, como es el caso de la embriaguez, el trastorno mental transitorio incompleto, la enajenación mental incompleta y, también lógicamente, el arrebató u obcecación".

El trastorno mental transitorio se dice que puede tener su origen en: "a) la exarcebación repentina de una enfermedad mental subyacente; b) en la embriaguez alcohólica cuando la misma alcanza una intensidad sensiblemente superior a la que justificaría la apreciación de la correspondiente atenuante genérica; c) en la ingestión o asimilación de drogas estupefacientes o psicotrópicas en tales condiciones que sean capaces de obnubilar profundamente la inteligencia del sujeto o relajar con análoga fuerza su capacidad de inhibición y d) en un arrebató u obcecación que haya provocado alteraciones en las facultades cognoscitivas y volitivas de quien lo padece, muy superiores a las que normalmente causan las situaciones pasionales o los estados emocionales."

RA: 2732/88: Se desestima el recurso ya que : "en el relato fáctico no existe la menor referencia a ningún estado de anormalidad en el encausado capaz de fundar en él mismo la invocada circunstancia de trastorno mental incompleto ni siquiera la atenuante de embriaguez no habitual." Es preciso que "las circunstancias modificativas de responsabilidad criminal se desprendan de forma explícita e inconclusa de la narración descriptiva de los hechos declarados probados,..."

RA: 2744/88: "La intoxicación etílica que sufría el procesado en aquellos momentos era de tal intensidad que necesariamente le tuvo que producir, si no anulación, una muy notable disminución de sus funciones inteligente y volitiva, de tal manera que se considera necesaria la aplicación, no de la atenuante 2ª del artículo 9º, sino la 1ª del mismo precepto, en relación con la eximente, también 1ª, del artículo 8º, ambos del Código Penal."

RA: 2754/88; Se admite el recurso y se dicta nueva sentencia en la que se valora la atenuante de embriaguez, en el factum se hizo constar las horas en las que el procesado estuvo "consumiendo bebidas alcoholicas", de tal forma que : "tenía limitadas y rebajadas sus facultades de conocimiento y voluntad".

RA: 3661/88 ; Respecto de la circunstancia de embriaguez ,se dice que sólo modifica la responsabilidad criminal cuando "se acredita de manera suficiente su existencia" y , en este caso se declara que : "no está probada la embriaguez ni tampoco la falta de habitualidad, en su caso".

RA: 5040/88 ; El la sentencia recurrida se apreció la atenuante de embriaguez -2ª del artículo 9 del CP- , se clasifican las distintas posibilidades como la embriaguez puede obrar "en favor del reo" : "como eximente de TMT si es plena y fortuita, como semieximente si es plena pero no fortuita o al contrario, como atenuante simple comprendida en el nº2 del art. 9 del CP, como atenuante muy cualificada,... como analógica,...e incluso cuando es crónica y , el sujeto activo , se halle alcoholizado, podrá ser absuelto de la perpetración de actos antijurídicos, a virtud de lo dispuesto en el nº1 del art. 8 del CP, aunque sometiénole a la correspondiente medida de seguridad, la cual debe propender a su curación, a su deshabituación y a su posterior e irreversible templanza."

RA: 6983/88; Se desestima el recurso que postula la eximente incompleta de embriaguez en base a que, el Tribunal de instancia rechazó la exención total por no concurrir los requisitos de la misma, es decir: "la fortuitud de origen y la plenitud de efectos...". "Nada de lo cual aparece en el factum de la sentencia recurrida".

RA: 7065/88; Se desestima el recurso que postula la inaplica-

ción de la circunstancia 1ª del artículo 8º del CP e indebidamente aplicada la circunstancia 2ª del artículo 9º, también del CP. No se acepta porque : "para que la embriaguez produzca la exención total de la responsabilidad penal, de acuerdo con reiterada doctrina de esta Sala, tendría que ser plena en su intensidad y fortuita en su origen, lo que no ocurrió en el caso enjuiciado, atendido lo que se dice en los hechos declarados probados..., toda vez que la padecida por el procesado, aparte de no haber sido fortuita, sino voluntaria o, cuando menos culposa...no alcanza la categoría propugnada de exención de la responsabilidad al no quedar privado en absoluto de la voluntad,...".

RA:8237/88 ;No se valoró en Audiencia la atenuante de embriaguez, se admitió la "embriaguez accidental, no habitual, del procesado en el momento de delinquir pero no hasta el punto de generar la atenuante, aunque de hecho impone la pena como si tal atenuante concurriera." Se aplicó la pena mínima, "lo que equivale de facto, a apreciar la atenuante simple de embriaguez no habitual".

IMPUTABILIDAD EN LAS PSICOSIS

AÑOS 1977-1978

RA: 106/78: Se desestima el recurso considerándose que: "según la constante jurisprudencia de ésta Sala, para la aplicación de la circunstancia eximente de enajenación o trastorno mental transitorio, establecida en el núm.1º del art.8 del C.P., es preciso la demostración de una afectación de las facultades psíquicas de inteligencia y voluntad del sujeto activo, que anule totalmente, por completa desorganización mental y de manera temporal o permanente la libre autodeterminación del mismo,... otros estados psíquicos ...que no hayan llegado a perturbar de manera absoluta la capacidad espiritual del reo,...tienen su mejor encuadre en la atenuante del núm. 1º del art. 9º del expresado Código...".Se dice más adelante que la imputabilidad: "constituye un concepto graduable y valorativo y por ello suceptible de ser revisado en casación."

RA :3358/78: Se considera al procesado parcialmente imputable por "desestructuración parcial de la conciencia y afectación también parcial de la función crítica".

AÑOS 1987-1988

RA 2225/87 : Se desestima el recurso basado en la inaplicación de una eximente incompleta o atenuante muy cualificada, habiendo valorado el Tribunal sentenciador una "simple circunstancia modificativa analógica". Se argumenta que "como es sabido, las circunstancias -en sí y en su intensidad- han de aparecer tan acreditadas como los hechos mismos...y en el presente caso el relato fáctico de la sentencia impugnada se limita a señalar que el procesado padece una psicosis agresiva con fases depresivas que unido a la adicción a la heroína disminuye la conciencia y voluntad de sus actos..." . El T.S. considera, entre otras cosas, que : "no llega a precisarse siquiera que la disminución de la conciencia y voluntad se diera en coincidencia concreta con la conducta enjuiciada". Se concluye que la jurisprudencia : "ha visto en la redacción

del nº 1º del artículo 8 del Código Penal, no una formula psiquiátrica o biológica pura, sino una formula mixta en la que la anormalidad mental no basta para configurar la eximente (completa o incompleta), antes al contrario, debe completarse para ello con la efectiva perturbación de la conciencia o de la voluntad en relación concreta con el comportamiento enjuiciado".

RA: 5328/87: El T.S. desestima el recurso que argumenta la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental por haberse valorado así en una sentencia anterior por otro delito del recurrente. Se dice que : "...en relación con las valoraciones sobre la imputabilidad del sujeto enjuiciado, no pueden ser aquellas tomadas en consideración, porque las condiciones subjetivas de imputabilidad responden a estimaciones "hic et nunc", "aquí y ahora", y por consiguiente, son susceptibles de alteración o modificación en el tiempo, distintas según los casos y hechos imputados...".

RA: 6919/87: Se desestima el recurso que propugna la atenuante 8ª del art. 9 del C.P. en base a la "reconocida personalidad del recurrente de psicosis paranoide..." porque : "...es indudable, según los hechos declarados probados que no se dieron en forma alguna los estímulos tan poderosos que requiere dicha atenuante" .

RA:416/88: La sentencia de Audiencia estima en el procesado , afecto de esquizofrenia, una enajenación mental incompleta , decretando su internamiento -"que no podrá exeder de la privativa de libertad, en un Centro Especial de Enfermos Mentales, cuya estancia contará como cumplimiento de la pena"- . Se considera que de "dicho cuadro nosológico" deriva : "una sensible merma, pero no anulación, de la capacidad de discernimiento y de la libertad de decisión". Dicha apreciación se considera "resultado y expresión de un juicio valorativo" y por lo tanto "lógicamente sometida a la censura de este Tribunal en el contexto del recurso que espera su respuesta" .

RA: 9521/88; La sentencia de Audiencia estimó la atenuante de enajenación mental incompleta, el T.S. admite el recurso y dicta segunda sentencia en la que absuelve al procesado por concurrir la eximente de enajenación mental decretando su internamiento. Se argumenta que la psicosis paranoide, respecto a su imputabilidad: "en una primera epoca se les reputaba totalmente inimputable, aunque dieran la sensación de normalidad y hasta de aplomo y cinismo, pero dicha inimputabilidad sólo se afirma cuando el hecho punible perpretado se relacione con el tema del delirio. Más tarde, se sostiene que el referido delirio influye poderosamente en toda la personalidad del enfermo, lo que significa que en todos sus actos, estén o no dentro del tema delirante, su imputabilidad será negada, o al menos disminuida, y ello, aunque el acto ilícito penal, parezca razonado, discurrido, y hasta premeditado. En la actualidad, se le considera totalmente inimputable, tanto si el

hecho criminal se halla relacionado con el tema delirante, como si no lo está".

IMPUTABILIDAD EN OLIGOFRENIAS

AÑOS 1977-1978

RA:1303/77: Se desestima el recurso que propugna la enajenación mental como "plena eximente de responsabilidad", basándose en: "el estado patológico del agente... cuya sintomatología actual disminuye sensiblemente sus facultades intelectivas y volitivas, aunque sin anularlas". Se considera adecuada, por tanto, la atenuante de enajenación mental incompleta del num. 1º del artículo 9º del C.P., en el sujeto afecto de una: "oligofrénia del tipo de debilidad mental".

RA:2270/77: En el primer considerando de la sentencia se dice "Que como tiene declarado de consuno la doctrina psiquiátrica y la penal, entre la plena imputabilidad criminal que supone la completa lucidez y normalidad de la mente y el dominio y control de la conducta y la inimputabilidad o incapacidad absoluta de comprender y querer, o sea, intelectual y volitiva, existe una serie ilimitada de estados intermedios que trascurren de una a otra, a través de graduaciones insensibles que se observan más claramente que en ninguna otra clase de enfermedades mentales, en las denominadas oligofrénias o frenasténias... por lo que la determinación del grado de imputabilidad y consecuentemente de culpabilidad del acusado debe ser hecho siempre a través de un estudio psicológico detenido y minucioso, para el que vienen utilizándose las pruebas analíticas y sintéticas denominadas genéricamente test, entre los que figura como el más empleado el de Binet-Simon con sus sucesivas revisiones, entre ellas la de Terman Merrill...."

RA:2034/78: La sentencia trata sobre un delito de violación cuya víctima es oligofrénica. Se explica que, en la fórmula del C.P.: "privada de razón o sentido por cualquier causa", la expresión privada de razón: "abarca y comprende tanto las psicosis, como las oligofrénias (idiocia, imbecilidad y debilidad mental)...". Matizándose que por carencia de razón "no ha de entenderse la locura completa o la imbecilidad absoluta, en cuyos estados es notoria la dificultad de consumación del acceso carnal, sino que en rigor se contrae e incluye a estados de subnormalidad manifiesta por disminución o inhibición de las facultades de inteligencia y voluntad que rigen y gobiernan el correcto desenvolvimiento de la persona, en grado suficiente como para no reconocer el alcance y relevancia de sus actos o determinaciones, al menos en los que afectan a los

móviles e impulsos sexuales...". En el caso del que se trata, la edad mental de 10 años "constituye una ausencia manifiesta de voluntariedad".

RA: 2793/78: Se desestima el recurso que alega la inaplicación de la eximente incompleta de enajenación mental como circunstancia atenuante cualificada núm. 1º del art. 9 en relación con el núm. 1º del art. 8, ambos del C.P. Se dice en la sentencia impugnada que el recurrente padecía oligofrenia y que como esta Sala tiene "reiteradamente afirmado": para la correcta apreciación de circunstancias modificadoras de la responsabilidad criminal es necesario que: "los hechos en los que se basan, aparezcan claramente acreditados, o sea, que surjan del "factum" probatorio de la resolución recurrida como el propio hecho delictivo enjuiciado, sin que puedan suponerse o presumirse,...". Posteriormente se dice que la oligofrenia como anomalía mental engloba varios grados delimitados por sus características sintomáticas y por la intensidad de sus efectos, que comprenden la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental, estados que tienen una muy diferente repercusión en la imputabilidad y responsabilidad del agente, pues así como la primera radicalmente la excluye y la segunda puede eximir o simplemente atenuar según su grado de intensidad, la última sólo siendo muy acusada las atenua, en tanto que la mera levedad o torpeza carente de efectos modificadores de la aludida responsabilidad no produce tan siquiera efectos atenuatorios... y que siendo la oligofrenia reflejada en el factum de ésta última categoría era lógico y racional que el Tribunal sentenciador dejara de estimarla, por carencia de base fáctica para ello, sin cuyo fundamento la alegación que sustenta el motivo examinado carece de consistencia al ser una mera apreciación subjetiva, parcial e interesada, a fines defensivos...."

RA:3746/78: Se desestima el recurso que propugna la eximente incompleta en vez de la atenuante apreciada en instancia, se argumenta que "entre la demencia o perturbación completa de las facultades volitivas, ya sea permanente o de carácter accidental o transitorio, y el ser plenamente normal, con voluntad libre e inteligente se contempla en la práctica estados intermedios, que cuando son extraordinarios y acentuados pueden estar comprendidos dentro de los límites de la atenuante, con el valor de eximente incompleta, y si son menos sensibles, produciendo sólo una disminución de voluntad y razón o sea de imputabilidad, sólo puede acogerse como circunstancia atenuante de las previstas en la décima, por analogía con aquella, aunque sin sus efectos privilegiados. La oligofrenia como anomalía mental engloba una serie de grados delimitativos por sus características sintomáticas y por la intensidad de sus efectos, desde la idiocia pasando por la imbecilidad a la debilidad mental y para llegar al otro extremo a la mera torpeza, situaciones mentales que tienen una muy distinta trascendencia en la responsabilidad penal, pues así como la idiocia radicalmente la excluye por hacer imimputable al agente

afectado, la imbecilidad puede eximir o simplemente atenuar según su grado de intensidad, mientras que la debilidad mental sólo siendo muy acusada atenúa en tanto que la mera torpeza, carente de efectos modificadores de la aludida responsabilidad no produce tan siquiera efectos atenuatorios". En el caso que se trata: "las complejas actividades que desarrolló el sujeto no autorizan a estimar una disminución de su capacidad cognoscitiva y volitiva de entidad suficiente ..." para disminuir su imputabilidad.

AÑOS 1987-1988

RA:445/87 : Se establece como "doctrina constante en ésta Sala, ... recogiendo las enseñanzas de la clínica psiquiátrica moderna", la distinción entre: "la oligofrenia profunda (coeficiente de agudeza intelectual situado en un 25% de la normalidad), oligofrenia media (radicado entre un 26 y un 50%) y la simple debilidad mental entre un 51 y un 70 %); y en tal clasificación incardinar la profunda en la eximente completa; la media, en la incompleta y la debilidad mental, en la mera atenuante analógica...". Si bien se hace referencia a últimas decisiones jurisprudenciales que han valorado como eximente incompleta, coeficientes que, como en el caso que se decide: "...se mueven entre un 65 y un 70 %" .

RA:2617/87: El T.S. admite el recurso valorando la eximente incompleta de enajenación mental, en vez de la atenuante analógica estimada en instancia. En sus argumentaciones se hace referencia a que, tanto el Derecho Romano como Las Partidas -Partida VII, Título I, Leyes 2ª y 7ª y Título VIII, Ley 3ª- "... distinguen entre locos, furiosos y desmemorados...". De igual manera, el Código Penal de 1850 como el de 1870 : "...concedieron absoluta irresponsabilidad al imbécil y al loco, cuando no hubiesen delinquido en un intervalo de razón...". Distinguiéndose, dentro de las oligofrénias : la "idiocia" (siempre exculpatoria), y la "imbecilidad" (dividida en dos clases : completa o mermada, la primera exime, la segunda atenúa), debilidad o retraso mental y torpeza intelectual. Se hace referencia a los tests .

RA: 4053/87: Se acepta el recurso y se absuelve al acusado de un delito de violación, se trata de la oligofrenia en función de tener la víctima "un estado de debilidad mental de tipo medio (edad mental de 11 a 13 años)". Se considera que no es "suficiente" para considerarla "privada de razón" y que "no pueden estimarse constitutivos de delito de violación, accesos carnales con mujeres débiles mentales...". La argumentación del T.S. parte de la clasificación de "idiocia, imbecilidad, debilidad mental y torpeza mental...". Categorías de las que se dice : "...han sufrido un proceso de revisión", citándose a la OMS, y, según la distinción de "retraso o deficiencia

mental" serían:

- Imputables (nula su repercusión penal), "los sujetos afectados de subnormalidad mental ligera (Coeficiente Intelectual entre 50 y 70) y la subnormalidad moderada (Coeficiente Intelectual de menos de 20)"

- La imputabilidad estaría "mayoritariamente disminuida", en el "Coeficiente Intelectual" de menos de 20 ("aunque se capte el sentido ilícito de los actos delictivos que sean trascen- dentes")

- Imputables los derivados de torpeza mental, "si no se aso- cian a otras enfermedades que potencien aquel déficit psíqui- co".

Se puntualiza que "... el legislador atribuye a la edad un contenido cronológico o biológico, sin que sea correcto equi- pararla a la edad mental que corresponda en caso de debilidad mental..."; ello queda justificado por la "inseguridad jurí- dica" que supondría poder recurrir unas veces al criterio de la edad biológica y otras al de la edad mental.

RA:5307/87: Se desestima el recurso que propugna la minoría de edad penal en un deficiente intelectual. La sentencia del T.S. argumenta su atenuación de responsabilidad en el nº10 del art. 9 del C.P. y no el nº3 del mismo artículo).

RA:5310/87 :Se decretan medidas de seguridad de internamiento ya que: "...se puede afirmar que se trata de un individuo in- imputable, enfermo mental que precisa tratamiento e interna- miento...". Se cita el Art. 25.2 de la Constitución donde se afirma que las penas privativas de libertad han de tener cómo finalidad primordial la reeducación y la reinserción social.

RA:6638/87 : El T.S. admite el recurso de casación y valora las circunstancias modificativas de responsabilidad de enaje- nación mental y legítima defensa incompletas, en el procesado "afecto de un cuadro oligofrénico moderado, que disminuye ha- bitualmente sus facultades anímicas, determinante de un cua- dro psíquico de debilidad mental atenuada". Se dice que el déficit intelectual del recurrente no es tan intenso como pa- ra afirmar que "carece de raciocinio".

RA:6949/87 : Se distinguen dentro de las oligofrénias:

- * la "profunda" (edad mental inferior a 4 años y "coeficiente de agudeza intelectual situado en un 25 % de la normalidad") se incardina en ella la eximente completa.

- *la oligofrenia "media" (edad mental entre los 4 y los 8 años. "coeficiente" entre el 26 y el 50%): eximente incompleta.

- *la "debilidad o retraso mental" (edad mental entre los 8 y los 11 años, "coeficiente" entre el 51 y el 70 %): atenuante analógica.

- * la torpeza mental ("por encima de los anteriores pero sin llegar a la normalidad"): imputable

RA:7602/87: La sentencia del T.S. se refiere a la oligofrénia de la víctima de un delito de violación ("débil mental con

coeficiente de 0,55, aún cuando este dato puede pasar inadvertido por la simple apariencia"). Se desestima el recurso de la acusación particular por considerarse que "la debilidad mental simple" queda excluida "de la especial protección que la Ley dispensa a individuos que, estando incapacitados para ejercer la libertad sexual por encontrarse en determinadas situaciones especiales, se hallan más desamparados que el resto de la comunidad...". Añadiéndose que "no se ha seguido al respecto una línea unívoca". Se refiere la sentencia a los criterios de la OMS y a la resolución de 30 de Mayo de 1987 (R: 4053).

RA:526/88: El T.S. acepta el recurso del procesado y valora la atenuante de enajenación mental y no la semieximente que se había estimado en Audiencia. Se argumenta que la enajenación mental exige que : "quien padezca tal enfermedad, se encuentre en una situación de completa y absoluta perturbación de sus facultades de conocimiento y voluntad, hasta el extremo de hallarse en un estado de verdadera y manifiesta inconsciencia para la determinación en la vida de relación y , en éste caso, como ya se indicó, han sido el deficit intelectual y la ingestión de alcohol las que han conformado la semieximente".

RA:1092/88: La sentencia de la Audiencia estimó la atenuante por analogía de eximente incompleta de enajenación mental. El T.S. desestima el recurso por quebrantamiento de forma basado en que la sentencia no se pronunció sobre la petición de la defensa de trasladar al recurrente a un Centro de Rehabilitación de Drogadictos . Se argumenta que al no apreciar la eximente completa n.º1 del art. 8 ni la incompleta n.º 1 del art. 9 no se pueden adoptar las medidas sustitutivas de internamiento. Al recurrente se le estimó la "leve disminución de la imputabilidad" como consecuencia de su toxicomania, mientras que, al otro procesado se le aprecia la eximente incompleta porque: "a la drogadicción se le unía la oligofrénia".

RA:2046/88: La argumentación de la sentencia discurre sobre la concurrencia de la circunstancia agravante de alevosía con la atenuante de enajenación mental. La alevosía: "se refiere a los medios, formas y modos empleados y aprovechamiento de la ocasión de indefensión", y la enajenación mental: "se funda en la valoración psíquica del culpable". Se habla del "elemento objetivo de la alevosía" y del "elemento subjetivo, integrado por la tendencia consciente del agente a lograr mediante, determinados medios o formas empleados, la perfecta ejecución de su propósito delictivo..."

RA:2077/88: A la luz del informe pericial se producen "dudas" sobre la correcta aplicación del art. 9-1º en relación con el art.8-1º del C.P. que hizo el Tribunal a quo. Ya que el procesado : "tiene deficiencias de carácter intelectual que permiten considerar una debilidad mental leve y que, en relación con los hechos, conoce la licitud e ilicitud de los mismos y

es capaz de dirigir sus acciones".

RA:6539/88: "La doctrina y la jurisprudencia patrias han distinguido tradicionalmente entre :

* idiocia (C.I.< 25, edad mental de 4 años);eximente completa de enajenación mental.

* Imbecilidad (CI entre 26 y 50% , edad mental entre 4 y 8 años): eximente incompleta

* Debilidad mental (CI entre 51 y 70, edad mental entre los 8 y 11 años): atenuante analógica

* el retraso mental produciría sus efectos en el momento final de individualización de la pena.

* torpeza mental; sujeto imputable.

Se citan sentencias de 27 de Abril de 1987 y de 3 de octubre del mismo año(R. 2617 y 6949)

RA:8076/88: La sentencia de Audiencia absolvió al procesado por concurrir la eximente de enajenación mental y decretó su internamiento en uno de los establecimientos penitenciarios destinados a los enfermos de esta clase. El T.S. desestima el recurso de la acusación particular, que propugna la aplicación indebida del art. 8, 1º e inaplicación del art.9,1º ambos del C.P..En sus Fundamentos de Derecho el T.S. argumenta que: "es sabido que la jurisprudencia de esta Sala no sigue un concepto estrictamente médico-psiquiátrico para decidir sobre las alteraciones mentales susceptibles de incluirse en el término legal de enajenación mental: maneja un concepto mixto, biológico-psicológico y atiende en consecuencia, no sólo al origen o presupuesto biológico de la enajenación, sino también al concreto efecto que debe producir, y que consiste en una anulación o disminución de la capacidad intelectual y volitiva. Estos dos términos, el biológico y el psicológico, tienen un distinto tratamiento en casación, pues el primero es intangible por la vía del nº 1 del art. 849 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, mientras que el segundo, por su condición de juicio de valor, puede ser reconsiderado por el Tribunal.

*****.

IMPUTABILIDAD EN EPILEPSIAS

AÑOS 1977-1978

RA: 1838/77: Se desestima el recurso que argumenta la inaplicación de la circunstancia 1ª del art. 9º del C.P. por cuanto: "la epilepsia produce un ataque que indiscutiblemente cuando se sufre, disminuye cuando no anula las facultades mentales y volitivas del sujeto, ...". Más adelante se concreta que durante los momentos de ataque: "no puede realizar ningún acto, siendo completamente normal pasados aquellos". Como se trata de un delito de falsificación de documentos, se niega que estuviera "...ni en todo ni en parte, bajo los efectos de la epilepsia" ya que no hubiera podido realizar el acto que se le imputa.

RA: 1085/78 : Se admite el recurso del Ministerio Fiscal, y deja de estimarse en el procesado, la eximente incompleta de enajenación mental que se había valorado en Audiencia. Se tuvo en cuenta una afectación cerebral producida en un accidente sufrido en fechas posteriores a la comisión del delito: "la anomalía o disminución del estado mental y por supuesto de la imputabilidad, debe existir en el momento preciso en el que el sujeto activo ha consumado el delito".

AÑOS 1987-1988

RA:1253/87: Se decreta internamiento dada la "plena inimputabilidad determinada por los datos fácticos".

Se cita jurisprudencia del Tribunal Constitucional (SS. de 8 de marzo de 1984, 9 de febrero y 8 de octubre de 1985 y de 16 de julio de 1986) para admitir el recurso de casación y decretar la absolución del procesado y su internamiento.

La sentencia recurrida había estimado la eximente incompleta de enajenación mental en el procesado, del que se dice que la politoxicomanía le produjo una meningitis y una epilepsia residual, declarando que dicha situación "ha tenido origen voluntario". El T.S. hace referencia a "una larga serie de decisiones" sobre las "cuestiones psicológicas y las normativas sobre culpabilidad" concluyendo que: "en definitiva no se trata de juzgar a un delincuente sino de un enfermo, y, como tal, fuera del campo propio penal y sí sólo de la medida de

seguridad post-delictual...".

RA:7571/87: El T.S. admite el recurso y, en vez de atenuante de enajenación mental, estima la eximente incompleta. Se hace referencia al art.24 de la Constitución (que establece el derecho a la tutela jurisdiccional efectiva). Se dice que, el procesado "es inteligente y no tiene voluntad", que son "dos facultades no relacionadas"; recogiendo el dato de un "80 % de disminución de la voluntad". Se afirma que, los drogadictos, suelen ser: "de inteligencia normal y con la voluntad muy disminuida".

RA:9515/87: Se admite el recurso y se estima, en uno de los procesados, la atenuante simple por analogía de alteración de la percepción con alteración de la conciencia de la realidad. Se define dicha alteración como: "la profunda desfiguración interpuesta en el conocimiento reflexivo de las cosas, es decir conocimiento distorsionado o erróneo de los elementos culturales que integran la convivencia social existente en cada momento, bien se trate de una carencia del saber o de una grave disociación de la jerarquía de los valores o normas y pautas de comportamiento." En el acusado, afecto de secuelas de un traumatismo craneal, se dice que: "no hay anulación ni ninguna disminución profunda de esa capacidad, llámese elemento intelectual o volitivo o aptitud de percepción y tan sólo se da disminución sensible, es decir, perceptible, exteriorizable, pero no profunda de la misma". Se gradúa la responsabilidad, "y contrariamente la irresponsabilidad en casos que la anulen -eximente completa art. 8.1- que la disminuyan profundamente -eximente incompleta art.9.1- y que la aminoren de cualquier forma -atenuante pos analogía, art.9.10-,...". Se hace referencia a la Constitución art. 24.2 y art.10.2 y al Tribunal Constitucional.

RA:1516/88 : Se desestima el recurso, que propugna la aplicación de la circunstancia eximente del art. 8.1 del C.P., en base a que : "para su correcta aplicación es indispensable que se deduzcan explícitamente de la narración fáctica, exigencia que sube de punto cuando se postulan circunstancias eximentes que presuponen la inexistencia de alguno de los factores que condicionan la imputabilidad;...". El acusado era portador de una "personalidad epileptica de carácter congénito, sin que conste la frecuencia de los ataques ni la intensidad del deterioro mental...". Se mantiene el criterio del Tribunal sentenciador: "pues es obvio que su estado no era de demencia epileptica, ni en el momento de los hechos se hallaba en la fase previa (aura) ni en la obnubilación propia de los estados crepusculares, y aunque pudieron operar sobre el psiquismo agentes externos como la adicción a las drogas, no hay más base fiable para un juicio valorativo que la aludida personalidad ..." y las "las frecuentes anomalías caracterológicas de estos sujetos, de los que puede predicarse, a lo sumo, en estas situaciones, un estrechamiento de las facultades intelectuales o una parcial inhibición de la voluntad que tiene

ajustada respuesta en la eximente incompleta aplicada por la sentencia de instancia."

RA:3474/88: Se desestima el recurso del procesado que alega la no aplicación de la cir. 1ª del art. 9 en relación con el nº 1 del art. 8 del C.P. en base a que : "es obvio que la Audiencia llegó a la convicción de que no se había acreditado ni la falta de las facultades intelectuales o volitivas del agente...ni siquiera su disminución en grado minimamente relevante". Se cita, literalmente, la sentencia recurrida: "el procesado tiene un perfecto recuerdo de todas las particularidades del robo, incompatible con el estado de enajenación que se invoca". A tenor de ello el T.S. recuerda que: "La fórmula legal de enajenación mental -aparentemente biológica pura- es entendida jurisprudencialmente como mixta en el sentido de exigir que, además de la enfermedad propiamente dicha (...) se produzca la efectiva pérdida (o disminución) de las facultades anímicas."

RA: 6788/88 : Se rechaza el recurso que argumenta la disminución de la imputabilidad del procesado "que padece un síndrome comicial", en base a que: "de las circunstancias de la causa" y de los informes médicos "surge con claridad el hecho de que el recurrente no se encontraba en el momento del hecho bajo los efectos de un ataque epiléptico que hubiera anulado su conciencia", ni padece "una modificación epiléptica de su personalidad", ni obró "en un estado crepuscular de confusión posterior a un ataque". No existe duda alguna de que el procesado en el momento del hecho no actuó bajo ninguna de esas circunstancias porque van acompañadas de una amnesia "de la que no existe la menor constancia en las actuaciones ni en el informe médico". Dicho informe médico: "no ha postulado, de ninguna manera, que el procesado en el momento del hecho haya obrado con una considerable disminución de su capacidad de comprender la antijuridicidad o de comportarse de acuerdo con ella".

RA:7062/88 : Al procesado se le estimó la atenuante de trastorno mental transitorio incompleto. El T.S., aunque acepta el recurso por otros motivos, rechaza la argumentación del recurrente que propugna la aplicación de la eximente completa, nº 1 del art. 8. Se dice que : "no pueden extraerse de la narración fáctica datos objetivos que permitan apreciar el trastorno mental transitorio como eximente completa". Se añade que, "...aún cuando la jurisprudencia de esta Sala declara que aquél, tanto en su modalidad de completo e incompleto, puede tener su origen tanto en la exacerbación repentina de su estado mental subyacente, en la embriaguez alcohólica con intensidad superior a la que justificaría la atenuante genérica o en la ingestión de drogas con obnubilación profunda de la inteligencia del sujeto,..., o en un arrebató u obcecación, con alteración en las facultades cognoscitivas y volitivas en quien la padece, muy superiores a las normales de las situaciones pasionales..."

Se explica la incompatibilidad de la estimación conjunta de la eximente incompleta y de la atenuante de arrebató u obcecación : "siempre que la perturbación psíquica referente al hecho que se toma en consideración como el estado propio con aquel arrebató" (literal), aclarándose que: "...no pueden derivarse de una misma situación anímica, la concurrencia de dos circunstancias de atenuación ."

RA:9519/88 : La sentencia recurrida sostiene que: "no existe en la causa medio de prueba alguno que permita afirmar que el acusado tenía en el momento de ejecutar los hechos grave o levemente alterada la conciencia de la realidad". El T.S. rechaza el postulado del recurrente que se refiere a la epilepsia como "causa de alteración de la percepción", en el sentido del art. 8.3º del C.P.. Se dice que la perturbación, de la conciencia, puede adquirir significación penal, cuando el hecho ha sido realizado durante el "prodromomastadium": es decir, "en momentos anteriores al ataque" o en "estados crepusculares perturbadores de la conciencia que afectan el control de las acciones...".

IMPUTABILIDAD EN LAS NEUROSIS

AÑOS 1977-1978

RA:483/78: Siendo revisable en casación "todo lo que, aunque inserto en la premisa fáctica, tiene naturaleza subjetiva, precisando, para su determinación, inferencia, deducción o juicio valorativo, es menester analizar si la conclusión del Tribunal inferior atribuyendo plenitud de inteligencia y de voluntad al sujeto activo a pesar de padecer una neurosis es acertada y correcta:"

Basándose en ello se argumenta sobre: "el problema de la influencia de dichas enfermedades en la imputabilidad del sujeto activo del delito... en este punto la doctrina científica es mas coincidente inclinándose, en general por la imputabilidad plena del neurótico, adoptando tal solución con fundamento en que el sujeto afectado de neurosis conserva un conjunto de salud mental que le permite apreciar el valor moral de los actos que ejecuta, conservando las facultades de deliberación y resolución y poseyendo total dominio sobre las determinaciones de su voluntad; añadiéndose que estas enfermedades afectan a las emociones pero dejan inmunes e intactas a las potencias discursivas; conclusión aceptada por la jurisprudencia de esta Sala... sólo cuando aparecen asociadas con otras enfermedades de mayor entidad o con déficit mental les atribuyen eficacia, si no exonerativa al menos determinante de una disminución de la imputabilidad,..."

La sentencia también deja claro los "elementos estructurales" del TMT: "a) aparición brusca, instantánea o fulgurante con irrupción en el intelecto del sujeto activo; b) origen patológico o no patológico, admitiéndose hoy en día incluso que se trate de una agudización súbita, producida por estímulos internos o externos, de un proceso morboso de carácter duradero padecido por el agente; c) abolición de las facultades intelectivas o de las volitivas, y si se trata de hipótesis incompletas, merma o disminución sensible de tales facultades; d) breve duración seguida de una curación sin secuelas; y e) falta de preordenación por parte del trastornado, es decir, que no haya sido buscado de propósito por éste para delinquir".

RA: 936/78: Se desestima el recurso que alega la "aparente contrariedad" de los hechos probados que manifiestan que "el procesado se halla afecto de una neurosis que no incide en sus facultades intelectuales ni volitivas ni sobre su imputa-

bilidad". Ha de entenderse que el sujeto activo del delito "percibía los elementos esenciales capaces de producir las vivencias anormales, pero que no llegaron a disminuir las facultades intelectuales o volitivas, entendimiento que dé lugar a que la Sala desestime el motivo del recurso."

RA:2619/78: La sentencia de instancia desestimó "aunque no se razonara" la atenuante 1º del art. 9 en relación con la eximente primera del art. 8 de la psiconeurosis obsesiva, cuando más el resultado pericial sobre la prueba propuesta es que el recurrente es un simulador y por lo tanto un responsable total ..."

RA:2638/78: Se desestima el recurso considerando que las neurosis: "no alcanzan a anular totalmente las facultades intelectivas o volitivas del sujeto que las padece, por lo que a éste no puede serle aplicada la eximente de enajenación mental o trastorno mental transitorio, ...para cuya apreciación esta Sala viene exigiendo la privación completa o disminución muy acusada de una u otra o de ambas, de las capacidades antecitadas y en la que no pueden ser comprendidas aquellas anomalías caracterológicas individuales que entran en el campo de las posibles variaciones humanas psicológicas y no presentan substrato somatógeno u orgánico alguno, por lo que aunque la frustración de sus conflictos libidinales aumenta la agresividad del neurótico, ésta puede aún ser dominada al conservar el sujeto sus mecanismos o dispositivos cerebrales intactos, a diferencia de lo que por regla general sucede en el psicótico o enajenado en el que existe una desestructuración profunda de la personalidad que le incapacita para ello..."

Se dice que el procesado "realizó el hecho discerniendo con claridad y voluntariamente" y esa apreciación, como "supuesto de hecho básico para valorar la imputabilidad o reprochabilidad del imputado, corresponde apreciar exclusivamente a la Sala, aunque ésta, para su mejor información, pueda valerse del dictamen de los peritos médicos, que tampoco consta que haya sido contradictorio con lo que se declara probado..."

Se considera que el TMT "al no exigirse legalmente la existencia de un substrato o defecto cerebral patológico para su apreciación, sólo se diferencia del estado emocional agudo por su intensidad y efectos, mayor en el primero que en el segundo..."

RA: 3229/78: Se estima el recurso y se aprecia la eximente incompleta del núm. 1º del art. 9 del C.P., argumentándose que: "La neurosis no puede ser concebida o calificada como una enajenación mental completa, sino como una entidad nosológica de efectos distintos,....si bien en algunos casos por producir una disminución de la capacidad volitiva del sujeto, y a consecuencia de ello, probablemente una degradación de la capacidad intelectual que opera en función de aquella." Se podría aplicar la atenuante prevista en el núm. 1º del art. 9º del C.P. porque: "la capacidad del querer del sujeto que integra la imputabilidad, se halla disminuida cualitativamente"

te y, por tanto, no puede funcionar normal y adecuadamente por la existencia de tales defectos o taras, lo que le impide inhibir eficazmente sus impulsos,..."

AÑOS 1987-1988

RA: 7286/87: Se considera la conducta del procesado "derivada de su neurosis de carácter, siquiera la misma no alcance la categoría de una propia circunstancia de atenuación".

RA: 1066/88: Se desestima el recurso, argumentándose que: "un neurótico es plenamente responsable de sus actos, pero que en cualquier instante es capaz, como le puede ocurrir a quien no lo sea, de sufrir una crisis en la normalidad de su razón, de intensidad más o menos acusada;..." Para que pueda estimarse la causa de semi-exención de la responsabilidad criminal, es condición indispensable que de los hechos probados de la sentencia se infiera claramente que al cometer el hecho punible que se le atribuye se hallase el procesado en un estado de tan honda perturbación mental que sin privarle de ellas le disminuyera de modo considerable sus facultades intelectivas y volitivas..."

RA: 1359/88: Se admite el recurso y se estima la eximente incompleta de enajenación mental (en vez de la analógica de enfermedad mental valorada en la sentencia recurrida). Sobre la consideración que el T.S. ha dado a las neurosis se dice que: "...aunque su doctrina sobre el particular no sea rigurosamente uniforme, ha valorado en algunas ocasiones diversos tipos de neurosis-...- como presupuesto de la atenuante de semienajenación mental..." La conceptualización de las neurosis "como una verdadera enfermedad mental por supuesto de intensidad y consecuencia jurídicas muy variables, y no como una entidad de análoga significación a la enfermedad mental, parece, en éste momento del desarrollo de la medicina psiquiátrica, la actitud más razonable y prudente, habida cuenta de que los trastornos neuróticos de la personalidad están comprendidos en la CIE-9, esto es, en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales elaborada por la Organización Mundial de la Salud, aunque ello no significa, naturalmente, que toda neurosis haya de convertirse, a la hora de medir la imputabilidad del acusado, en presupuesto de la circunstancia eximente de enajenación ni de la correspondiente atenuante privilegiada, pues ser necesario para que tal efecto se cumpliera, que el trastorno hubiese incidido profunda o al menos, sensiblemente en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación."

Se valora la circunstancia modificativa de responsabilidad por que se valora en los trastornos de acusado una "etiología vasculoptica" en "un proceso de involución presenil".

RA: 2018/88: Se desestima el recurso que propugna la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental. Se dice que la neurosis "por sí sola, no alcanza a modificar la imputabilidad al que la padece, puesto que, en principio, queda al neurótico la capacidad de apreciar el valor moral y antijurídico del acto que realiza, no menos que su capacidad de autodominio, por lo que sólo las formas más acusadas y graves de tal anomalía y no las demás reacciones psicógenas pueden alcanzar un poderío eximente o atenuante de la imputabilidad jurídico-penal."

RA: 7649/88: El T.S. admite el recurso y estima la eximente incompleta de enajenación mental en vez de la atenuante ananalogica de enajenacion mental que se había aplicado en la sentencia recurrida. Tiene en cuenta para ello la "precoz dependencia física y psíquica a la heroína... que condiciona en buena medida su actuación delictiva, hasta constituir tal anomalía mental un estado patológico agravado luego por una neurosis obsesiva producida al ser conocedor de su posible infección del virus de la enfermedad llamada SIDA...". Se le condena a la pena de tres años de prisión menor, debiendo ser internado en un "centro de deshabitación en su modalidad de comunidad cerrada", tratamiento que "tendrá como límite el tiempo de duración de la pena" .

IMPUTABILIDAD EN OTRAS ENTIDADES CLINICAS

AÑOS 1877-1978:

RA:5043/77: Se desestima el recurso que argumenta la inaplicación de la atenuante analógica, en base a que : "... el procesado tiene escaso nivel de cultura, es débil de carácter y no tiene una normalidad absoluta, ello no entraña ni presupone una disminución de su capacidad de inhibición, ni de discernir entre el bien y el mal, ni una atenuación de su responsabilidad criminal..."

RA:2790/78: El T.S. acepta el recurso que alega la denegación por el Tribunal de Instancia de la prueba pericial, propuesta "en tiempo y forma". Toda vez que se hace constar que el recurrente "padece un sufrimiento nervioso que altera sus facultades mentales". La prueba pericial se considera necesaria "para valorar el perfecto enjuiciamiento de los supuestos fácticos sometidos al Tribunal sentenciador..."

AÑOS 1987-1988:

RA:3029/87 : Procesado adicto a la heroína, se explica el TMT de forma que: "para que pueda ser apreciado como causa de exención completa o incompleta de la responsabilidad criminal, se requiere que resulte justificado debidamente de los hechos anteriores, simultáneos y posteriores a la acción delictiva realizada..."

RA:5607/87 : El recurso, que se desestima, propugna la aplicación de la eximente de Enajenación en procesado afecto de SIDA, fundándose en que: "...la suma del síndrome de abstinencia y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida habían influido profundamente sobre el psiquismo del sujeto, llegando a una verdadera alienación...". El TS argumenta que : "...ni desde el plano de la enajenación mental, ni desde el de estado de necesidad puede llegarse a la exención de responsabilidad criminal, ni debe obtenerse más atenuación que la ofrecida por el juego de la eximente incompleta del art.9 1º en relación con el art. 8, 1º del C.P. ..."

RA:7572/87: El TS desestima el recurso de una procesada autora de delito de parricidio con la concurrencia de la eximente incompleta de enfermedad mental. Se dice que por enajenación mental hay que entender: "toda perturbación morbosa del espíritu persistente o de carácter permanente, mientras que ,

trastorno mental transitorio, supone el oscurecimiento, ofuscación u obnubilación de las facultades cognoscitivas, de las volitivas, o de ambas a la vez, si no momentáneos o efímeros, al menos repentinos y de escasa duración". Se definen los requisitos del TMT: "...puede tener una un fondo u origen patológico o, por el contrario, carecer de l, de tal modo que puede significar una exacerbación o exasperación de una enfermedad mental subyacente, la cual permanecía aletargada o quiescente en un estado discreto de tolerancia, desencadenándose, de modo fulgurante y explosivo, un brote virulento de la misma, pero también, tratarse de una embriaguez plena y fortuita, de un toxicomanía durante su fase de intensa eficacia obnubilante, o de un arrebató u obcecación de muy grande intensidad en el cual, los efectos de la emoción o de la pasión, lleguen al paroxismo o al cenit de la ofuscación, aboliendo las facultades de entendimiento o de determinación autónoma del yo...".

Se desestima el motivo del recurso que argumenta sobre el arrepentimiento espontáneo como circunstancia modificadora de la responsabilidad. La procesada, diagnosticada de "paranoia", "puso en conocimiento de la Guardia Civil que acababa de matar a su padre ...sin exteriorizar emoción alguna..." . Dice el T.S. que los paranoicos: "jamás se arrepienten de la perpetración de sus acciones antijurídicas".

RA:9776/87: Se dice que el procesado sufría un "estado depresivo intenso que disminuía la imputabilidad al alterar su libertad de actuación como consecuencia de la introversión y de la inseguridad de su propia personalidad y, en aquella poca, también, de los graves problemas económicos-familiares...". Se dice que las neurosis y las depresiones: "...no llegan a afectar tan seriamente las facultades intelectivas y volitivas del sujeto cómo para eximirle de responsabilidad criminal pues, salvo excepciones, el neurótico -y más aún el depresivo, triste o angustiado como el procesado- mantiene intactas aquellas facultades, conoce perfectamente lo que hace y la trascendencia de sus actos, por lo que la eximente completa no puede ser aplicada en estos supuestos."

RA:1221/88: Al procesado, con sintomatología depresiva y drogadicto desde los 16 años, se le estimó una atenuante analógica en función de su drogadicción, por considerarse que: "...la drogodependencia, al igual que ocurre con otras situaciones que pueden reducir la capacidad para comprender la ilicitud del comportamiento o de dirigir las acciones según ésta comprensión, puede tener diversos grados de influencia en la capacidad de culpabilidad, o imputabilidad, del autor de un delito. En principio, sin embargo, la drogodependencia como tal, no constituye un motivo que determine una aplicación automática de los artículos 8,1º; 9,1º " 9,10 del Código Penal. Cada una de estas disposiciones, por el contrario, se pueden referir a ciertos efectos de la drogodependencia que tienen distinta intensidad sobre la capacidad de culpabilidad."

Estas distintas situaciones quedan explicitadas de la

siguiente manera:

* art. 8,1º del C.P.: en casos en que "se pueda comprobar una profunda perturbación de la conciencia del autor condicionada por la utilización de drogas o, inclusive por estados de infradosificación, que excluyan la capacidad para comprender la significación de la acción o de comportarse de acuerdo con ella". "Como es claro, la simple drogadicción no es suficiente presupuesto para la aplicación del art. 8,1º del C.P."

* art.9,1 : "ser de aplicación en los casos de capacidad de culpabilidad disminuida, o lo que es lo mismo, en los casos que, en la antigua terminología, se designaron como de imputabilidad disminuida". Casos en que el autor se encuentra "en alguno de los estados biológicos a los que se refiere el art. 8,1 del C.P. ..." con una "considerable disminución de la capacidad de comprensión y autoconducción que justifica la atenuante prevista en el art.9,1 del C.P."

* art. 9,1º (atenuante analógica) puede considerarse siempre que: "la drogodependencia ejerza algún efecto probado sobre la capacidad de culpabilidad, que disminuya el merecimiento de la pena".

Se dice que : "estos conceptos resumen y reformulan puntos de vista contenidos en la jurisprudencia de esta Sala desde antiguo", citándose la sentencia de 18 de abril de 1951 en la que ,literalmente, se explica : "entre la demencia o la privación completa de las facultades volitivas, ya sea permanente o de carácter accidental o transitorio, y el ser completamente normal, con voluntad libre o inteligente, se contemplan en la práctica estados intermedios..."

RA:8404/88: Del procesado, del que se dice que "estaba deprimido cuando sustrajo el arma objeto del delito...", el T.S. argumenta que: "la carta que denuncia el propósito suicida denota una plena lucidez y una absoluta serenidad de ánimo de su autor": y añade : "el hecho de hallarse "deprimido" en un momento dado no significa que exista un verdadero "trastorno" de la mente."

IMPUTABILIDAD EN DIAGNÓSTICOS NO ESPECIFICADOS

AÑOS 1977-1978 :

RA:186/77: Se dirime sobre la coincidencia de una eximente, (incompleta de enajenación mental) y una agravante, (doble reincidencia) y la aplicación de la pena en ese caso. La Doctrina Jurisprudencial permite: "la confrontación de dos circunstancias excepcionales de signo opuesto...".

RA:420/77: Se desestima el recurso del procesado al que se le apreció la eximente incompleta de enajenación mental. La sentencia discurre sobre el hecho de que, dicha circunstancia : "implica el descenso, en uno o dos grados, de la pena aplicable según los casos, siendo preceptiva o imperativa la aplicación de la pena inferior en un grado, y facultativa o potestativa, también para el Tribunal de instancia, la rebaja a la pena inferior a la señalada para el delito del que se trate en dos grados, llevando consigo esta distinción que lo preceptivo quede sometido a la censura de la casación y vedado a la misma lo discrecional".

RA:947/77 : Se desestima el recurso que alega la falta de aplicación de la circunstancia eximente de trastorno mental transitorio. Tal circunstancia se dé: "... en individuos de psiquismo normal sin tara patológica alguna, como súbita y pasajera alteración mental dimanante de los hechos inmediatamente anteriores al aparente delito...". Se añade que: "es una psicológica reacción vivencial anormal, generada por causa directa, inmediata y evidenciable , que bruscamente se manifiesta durante un espacio corto de tiempo y que se agota también con prontitud, sin dejar huellas o secuelas , debiendo poseer intensidad suficiente para anular o perturbar notoriamente el entendimiento y la voluntad, sin haber sido provocado por el agente, pero que origina en éste una alteración anímica tan acusada que no le permite apreciar la antijuricidad de los actos que realiza en tal situación,...".

RA:1324/77 : La sentencia diferencia la atenuante de arrebató y obcecación de la eximente de trastorno mental transitorio. Se diferencian en : "...la intensidad mayor de la segunda de las dos situaciones y en lo que pudiéramos llamar el patológico de la misma, que se manifiesta en una notable desproporción entre el estímulo y la respuesta , que excede de lo psicológico y revela la mayor parte de las veces un anómalo funcionamiento cerebral y afectando y disminuyendo la imputabilidad y consecuentemente la culpabilidad y la punibilidad al resultar anuladas, por la reacción emotiva exagerada, las

facultades intelectivas y volitivas del sujeto actuante...".

RA:3591/77 : El T.S. desestima el recurso que argumenta la incompatibilidad entre la alevosía y la enajenación mental. Se explica la compatibilidad entre ambas en función de que: "... tienen campos distintos de concepción, actuación y manifestación, ya que, mientras que aquella se refiere a los medios, modos y formas empleados y a aprovechamiento de la ocasión de indefensión, ésta atiende o se funda en la valoración psíquica del culpable la que no constituye obstáculo para que concurra la libertad en orden a la elección de medios y al aprovechamiento referido."

RA:2394/78 : Se desestima el recurso que argumenta el TMT basándose en que la procesada, "sometida a tratamiento médico a causa de los nervios tomaba sedantes", lo que le produjo somnolencia conduciendo y atropello con resultado de muerte. Se alega que, el TMT, ha de ser: "involuntario, imprevisible y producir una alteración de la mente que es cosa enteramente distinta del sueño voluntario o provocado,..."

AÑOS 1987-1988 :

RA:1254/87 : La sentencia de T.S. argumenta extensamente sobre la enajenación mental y el trastorno mental transitorio: "se diferencian en el carácter permanente y persistente de la insania y en la naturaleza momentánea o de corta duración del TMT". Se comenta la evolución del concepto, llegándose a considerar, también, el trastorno mental transitorio: "...por la vía o cauce de un arrebató u obcecación, de tal magnitud e intensidad que, rebasando del mero estado pasional, oscurezcan, ofusquen u obnubilen el entendimiento o supriman la voluntad o los frenos inhibitorios del agente..."

Se definen los "requisitos del TMT": "aparición brusca y fulgurante, irrupción en la "psique" del agente con consecutiva abolición de sus facultades cognoscitivas o de las volitivas o de ambas; breve duración; curación sin secuelas, lo que, cuando el trastorno tiene origen patológico, no parece posible; y finalmente, que el referido trastorno, no haya sido provocado intencionadamente por el sujeto, bien para hallar el denuedo, el valor y la decisión de los que carecía, bien para poderse parapetar más tarde, en la exención de responsabilidad criminal que comporta tal circunstancia"

RA:2465/87: La sentencia del TS se ocupa de "la denominada aritmética penal, es decir, la determinación de la pena aplicable en cada caso concreto...". El Tribunal de instancia había apreciado la eximente incompleta de EM, con lo que la pena "ha de descender a la inferior en un grado" y la agravante de reincidencia, que supone la aplicación de la pena en su grado medio o máximo.

RA:3004/87 : El TS argumenta sobre la disminución de la pena en un grado por haberse estimado la Enajenación mental incompleta.

RA:3140/87: Se acepta el recurso del Ministerio Fiscal ("en favor del reo"), sobre la pena aplicada al procesado al que se le estimó la atenuante muy cualificada de análoga significación a la eximente incompleta de enajenación mental. Se dice que: "la inhabilitación para profesión u oficio cuando tenga el carácter de accesoria solo se impondrá si la profesión u oficio hubieren tenido relación directa con el delito cometido".

RA:4998/87 : La procesada es imputable porque: "aunque actuó bajo la pasión impulsora de los celos" estos, "no alcanzan en el relato probatorio las fronteras de una celotipia, lindante con el delirio paranoico que sería una atenuación muy cualificada".

RA:5568/87: El T.S. admite el recurso del Ministerio Fiscal y desestima las circunstancias de arretrato y TMT. Se argumenta sobre el arretrato como actuación: "bajo la influencia de una emoción o pasión", esto es: "de una alteración momentánea o duradera del afecto que, obnubilando parcialmente su mente o debilitando su voluntad, aminoraba de forma sensible su normal capacidad de autodeterminación". Sobre la procesada se dice que es "evidente" que: "...si en la declaración de hechos probados de la sentencia recurrida no se han encontrado elementos suficientes para apreciar la atenuante nº8 del art. 9 del CP: "...carece de sentido preguntarse si los habrá para apreciar la eximente de TMT,...". La sentencia se refiere a que, antes de la reforma del CP, operada por la Ley Orgánica 8/1983, se condicionaba la apreciación del arretrato a que se hubiese obrado por estímulos "naturalmente" intensos, esto es: "no reprobados por las normas socio-culturales". Tras la reforma, desaparece el adverbio "naturalmente" y con ello: "el elemento valorativo,..., manteniéndose la necesidad de que los estímulos sean externos y procedentes de la víctima".

RA:8475/87: Se estimó en el acusado la eximente incompleta de enajenación mental. El T.S. desestima el recurso de la acusación particular y acuerda: elevar al Gobierno de la Nación, exposición motivada en orden a la promoción de un proyecto de ley que parifique punitivamente el yacimiento natural y "contra natura" entre personas de distintos e iguales sexos, "por entender que en el actual sentir comunitario ambas conductas deben tener similitud punitiva". Se hace referencia al art. 25.1 de la Constitución y al Tribunal Constitucional.

RA:1060/88 : Al procesado se le estimó la agravante de alevosía y la atenuante de enajenación mental incompleta. El T.S. se refiere a la compatibilidad entre ambas: "...se centran, una en el "modus operandi", en la materialidad del modo de

proceder o actuar, y otra, en el estado psíquico del culpable, en el deterioro de sus facultades intelectivas y volitivas, en tanto no se hallen anuladas, no repeliéndose ambas al descansar la primera en el obrar y la segunda en el querer".

RA:5310/88: Se refiere el T.S. a la "escasa o dudosa incidencia de la insania padecida por el procesado en sus facultades cognoscitivas o volitivas,...". Procesado maestro, autor de un delito de abusos deshonestos sobre una alumna de seis años

RA:8253/88 :El recurso se interpone por haberse denegado la práctica de la prueba pericial. El T. S. lo desestima y tiene en cuenta : "1) Que en el sumario no existe ni un sólo dato, directo ni indirecto, del que cupiera deducir alguna anomalía mental del procesado". Se refiere al art. 24 de la Constitución que "...ha elevado a rango de derecho fundamental el de disponer de los medios de prueba pertinentes para la defensa, lo que no supone una aceptación sin condiciones de la prueba propuesta y en los términos solicitados".

RA:8956/88 : Se desestima el recurso basado en que la sentencia no había reflejado "el estado psicológico" de la prueba pericial médica realizada sobre el acusado. El T.S. se refiere al art. 117,3 de la Constitución que confiere a la Audiencia Provincial : "facultades exclusivas sobre la valoración de la prueba".

A P E N D I C E I V

SENTENCIAS ANTERIORES. I PERIODO

NO Sentencia	Sent Anterior
1289-78	2716-68, 1404-70, 2309-71, 2886-73, 2783-75, 83-76 y 1167-76
1323-78	499-76, 1168-76, 483-78.
1325-77	1326-55, 588-57, 28-7-1911 y 264-36
1469-78	1863-74, 2869-75, 5094-73, 1863-74, 3936-74, 4282-74, 4607-74, 923-75
1731-77	2202-70, 3176-70, 2644-72, 3936-74, 4282-74, 4607-74, 923-75, 2080-75
2022-78	611-68, 169-75, 1647-76
2639-78	2093-35, 536-49, 2502-62, 66-65, 2202-70, 3176-70, 4282-74, 2682-75
2793-78	1321-59, 266-71
3141-78	2716-68, 1855-71
3229-78	3911-74
3591-77	2093-35, 260-47, 1375-70, 1521-72, 157-76
3746-78	886-51, 1321-58, 1227-70
3856-77	1594-72, 483-30, 2093-35, 260-47, 604-57, 320-59, 46-60, 1375-70
4116-78	4409-68, 350-69, 3485-72, 2847-75
421-78	4621-75, 3671-77
483-78	381-40, 3889-59, 4282-74, 2882-75, 2893-75, 4732-75, 1167-76, 2900-70.

SENTENCIAS ANTERIORES. II PERIODO

Nº Sentencia	Sent. Anterior
1015-88	3996-73, 4940-80, 541-82, 4599-83, 3993-85, 2431-86
1060-88	1521-72, 1332-78, 3004-79, 4588-83, 2693-84, 4996-85, 3151-86.
1083-88	1487-69, 1212-51.
1095-88	11-11-87, 7788-86.
1221-88	2022-82, 4588-83, 11-83, 40-83, 2716-83, 6721-83, 6721-83, 2102-85, 3066-85, 3955-85, 886-51
1227-88	2623-87
1253-87	4859-86, 3955-85, 2647-81, 4544-81, 2022-82, 2634-83 Tribunal Constitucional: 57-84, 17 y 110-85 y 102-86
1338-88	2080-83, 2431-83, 2857-86, 4588-83, 2693-84, 4996-85, 3151-86.
1341-88	2312-84, 3005-85, 1627-85, 2035-85, 2069-86, 2490-85, 27-5-87.
1359-88	2581-81, 7183-82, 6591-83, 5152-87.
1586-88	1208-87, 3142-87, 5326-87,
2018-88	936-78 , 321-79 , 4137-83 , 3035-85 y 2437-86
2024-87	1652-86, 4340-86, 5593-86
2032-88	6348-85 , 2647-86 , 7968-86 , 2158-87
2046-88	2693-84 , 4996-85 , 3151-86 , 7369-87.
2161-87	2035-85, 3005-85, 6348-85, 2647-86, 7968-86, 445-87, 7089-84, 2704-83, 202-86, 4859-86.
2238-87	7974-86, 376-71, 5070-74, 1833-84
236-88	7406-82, 2299-83, 5063-84 y 384-85
2579-87	2161-87. (alteración en la percepción)
2617-87	17-3-1893, 538-35, 12-5-41, 4178-64, 2576-66, 4732-75, 1576-76, 3748-79, 1186-80, 1258-80, 5686-83, 418-84, 3712-84, 4431-85.
2623-87	3842-70, 3522-84, 305-76, 4282-81, 2080-82, 4149-83, 1531-85
2638-87	449-87
2721-88	6002-84 , 3151-86, 14-10-87, 2436-86.
2732-88	1977-86 , 2472-86 , 3215-86
3099-87	4149-83, 6723-83, 5101-84, 5462-84, 3066-85, 3955-85, 5465-85, 5989-85, 6348-85, 2124-86
3140-87	1144-84, 3505-84, 6279-84, 385-85, 3051-85, 5482-85 (inhabilitación para profesión u oficio).
4053-87	538-35, 1337-65, 2952-65, 7066-82, 2657-83, 6353-85, 626-82, 6705-83, 1181-81
416-88	2463-74, 7718-82, 1596-86, 2545-85, 1977-86
4420-88	5152-87
445-87	635-82, 2044-82, 2270-77, 1186-80, 2044-82, 7379-82, 2608-84, 3712-84, 5465-84, 363-85, 4111-85.

SENTENCIAS ANTERIORES. II PERIODO

Nº Sentencia	Sent. Anterior
4476-88	3151-86, 5480-86 y 2151-87
449-88	7572-87
4706-88	2456-85, 2456-86, 1254-87, 7572-87
4958-87	490-87
4971-87	1253-87, 2896-86
4977-87	4301-86, 4677-86
4991-87	9-7-18, 29-11-18, 2864-86
5040-88	29-9-87 y muchas de atenuantes muy cualificada (16 de años anteriores a 1977; cinco después de 1977)
508-88	5 octubre 76 , 4901-77
5152-87	6348- 85.
526-88	5041-84
5310-87	4983-85, 1965-86 y 7991-86.
5326-87	6348-85, 2442-86, 3896-86
5328-87	1353-76, 2218- 83, 458-87, 5621-86, 7991-86.
5382-88	384-87, 3099-87, 835-86, 5572-87, 1055-88 .
5568-87	2092-86: arrebató
5572-87	2472-86, 1200-86, 2196-86, 2469-86
5623-87	4-1-1884, 2207-35, 1212-51, 50-77
6308-87	7183-82, 1531-83, 167-86, 7965-86
6539-88	2617-87 , 6949-87
6638-87	4340-86.
6648-88	5593-82, 2623-83, 5443-83, 4825-84, 3005-85, 50-5-85, 3767-84, 2490-85, 6348-85, 1200-87, 6308-87, 5326-87, 1341-88.
6788-88	4983-85, 1965-86, 7991-86, 5310-87
6797-88	526-86, 7954-86, 4859-86, 1965-86, 7991-86, 2589-87, 5310-87, 2312-84, 3005-85, 150-86, 8496-87...
6949-87	363-85, 4111-85, 445-87, 2617-87
6987-88	3693-84, 5937-84, 5043-85, 305-76, 4282-81, 2080-82, 4153-83, 1531-85, 2623-87, 1015-86.
7062-88	2436-86 , 2721-86
7369-87	4568-83, 2693-84, 4996-85, 13-6-86.
7572-87	4839-84, 156-86
7602-87	4053-87 (referencia a criterios de D.M.S. de oligofrenia)
7649-88	1201-87 y 2468-87
7901-88	451-80, 165-81, 7073-82, 6569-83, 3506-84, 9749-87, 397-88 y 3492-88
828-88	2937-81 y 1280-87
835-88	384-87 y 3099-87
842-88	1200-87, 577-87, 6626-87 y 7367-87 .
8475-87	1833-34, 319-70
8496-87	4282-74, 2882-75, 2639-78, 4042-82, 5593-82, 2895-86, 5443-83.
9177-88	4588-83, 2693-84, 4496-85, 3151-86, 7369-87
9376-88	6648-88, 1341-88

SENTENCIAS ANTERIORES. II PERIODO

NO Sentencia	Sent Anterior
9508-88	2436-86, 6973-86, 7940-86, 2468-87, 2118-82, 7858-82, 40-83, 3071-85, 17-12-86 y 8-4-87.
9515-87	2161-87, 2579-87
9517-87	3145-85, 3126-80
9521-88	4839-84, 3039-85, 166-86, 4568-88, 7508-87, 7572-87
9695-88	1341-88, 6648-88
9776-87	5445-83, 2634-83, 1656-58, 1321-59, 1469-78, 2660-82, 2035-85, 5173-87, 2799-81 y 5152-87

ABREVIATURAS UTILIZADAS

APA	: Asociación Psiquiátrica Americana
Art.	: Artículo
Cap.	: Capítulo
CIE	: Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD: International Classification of Diseases).
CI	: Cociente Intelectual
Cit.	: Citado
CP	: Código Penal
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM	: Enajenación Mental
LECRIM	: Ley de Enjuiciamiento Criminal
OMS	: Organización Mundial de la Salud
Op.cit.	: Obra citada
RA	: Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi
TC	: Tribunal Constitucional
TMT	: Trastorno Mental Transitorio
TS	: Tribunal Supremo